

ZBIORY DÓBRÓDKA KARTA

ZESZYTY NIEZALEŻNEJ MYŚLI LEKARSKIEJ

niezależna
oficyna
wydawnicza



1935 r. (tego)

100% 75% 50% 25%
skreslić

Tabela

W numerze m.in.:

- Zofia Kuratowska i Ewa Wolak:
ZDROWIE WIEŻNIÓW SUMIENIA — s. 3-14
- S A M I P R Z Y Z N A J A
"Pismo zamiast waty" • Leczenie alko-
holiców • Siostry zakonne • Leki
przez "Pewex" • Zdrowie dzieci — s. 14-32
- Magdalena Sokotowska
o książce "Kobieta polska lat osem-
dziesiątych" — s. 59-66
- Jacek Bocheński: "STAN PO ZAKAŚCI" — s. 68-86

numer XIX

Data LUTY 19 38 r.

**SPOŁECZNA
KOMISJA
ZDROWIA**

(podpis, nr i adres lekarza z adresem)

SPOŁECZNA KOMISJA ZDROWIA

ZESZYTY
NIEZALEŻNEJ
MYSLI
LEKARSKIEJ

NUMER 14

LUTY 1988

NIEZALEŻNA OFICyna WYDAWNICZA

WARSZAWA 1988

Spis treści

	str.
1. Zofia Kuratowska i Ewa Wolak: Zdrowie więźniów sumienia...	3
2. Sami przyznają	
"Pisma zamiast waty". - Leczenie alkoholików .	
- "Siostry zakonne: - Leki przez "Pewex".	
- Zdrowie dzieci.	14
3. Warunki pracy kobiet w "Dolmelu".	32
4. Stan zdrowia mieszkańców Łodzi.	38
5. List do redakcji. Zwierzenia /umiarkowanego/ optymisty. .	51
6. "Szkodliwe złudzenia" - polemiki.	55
7. Magdalena Sokółowska: O książce "Kobieta polska lat osiem- dziesiątych".	59
8. Z ostatniej chwili: W sprawie Fundacji Społecznej Soli- darności	66
9. Jacek Bocheński: "Stan po zapaści".	68

Zofia Kuratowska, i Ewa Wolak

ZDROWIE WIĘZNIÓW SUMIENIA

Wstęp

Opracowanie obejmuje grupę 733 więźniów politycznych, którzy w latach 1982 - 1985 przebywali w aresztach, lub zakładach karnych PRL. W opracowaniu oparto się na wywiadach lekarskich przeprowadzanych z osobami opuszczającymi więzienia, oraz na wynikach badań.

Celem rozmów przeprowadzanych z osobami zwolnionymi z zakładów karnych było zapewnienie pomocy medycznej osobom jej wymagającym, a nie uzyskanie danych do badań statystycznych. W wielu wypadkach adnotacje dotyczące przebytych w więzieniu schorzeń nie są kompletne. Dotyczy to szczególnie osób, które mogły sobie zapewnić leczenie we własnym zakresie, lub go nie potrzebowały. W większości przypadków chorób zaistniałych w więzieniach dokumentacja nie była dostępna. Dlatego przytoczone dane liczbowe należy uważać za minimalne.

Nie uwzględniono w opracowaniu byłych internowanych, gdyż było to przedmiotem osobnego raportu przed kilku laty. W omówieniu wyników obecnych badań porównano krótko obie grupy osób badanych.

Opracowanie nasze nie pretenduje do miana badania naukowego. Posługujemy się w nim określeniami nieściślymi, jak na przykład: "średni" stan zdrowia, które wydawały się nam wygodne w użyciu i dobrze oddające stan faktyczny. Podział jednostek chorobowych na grupy "układowe" jest schematyczny i bardzo ogólny, nie było podstaw /ani możliwości/ do bliższej charakterystyki schorzeń.

W opracowaniu uwzględniono informacje dotyczące stanu zdrowia przed aresztowaniem, oraz podczas pobytu w więzieniu. Spośród badanych 733 osób 17% stanowiły kobiety. Czterdzieści osiem osób było więzionych 2 lub więcej razy.

Wyniki badań

A. Zasady podstawowe

Zasadą, jaką przyjęliśmy przy ogólnej ocenie wpływu pobytu w zakładzie karnym na stan zdrowia, było przedstawienie, jak zmieniło się poczucie osób uwięzionych zależnie od tego, w jakim stanie byli oni przed aresztowaniem.

Przyjęliśmy następujące kryteria oceny:

Stan dobry - osoba badana nie odczuwała żadnych dolegliwości;
Stan średni - skargi na różne dolegliwości o różnym stopniu nasilenia, powtarzające się; istnienie choroby przewlekłej nie groźnej dla życia i nie powodującej upośledzenia funkcji

życiowych lub subiektywne nienajlepsze samopoczucie o nieustalonych przyczynach;

Stan zły - istnienie inwalidztwa oraz ciężkiej choroby wpływającej w sposób istotny na samopoczucie i możliwości życiowe badanego, lub wręcz zagrażającej życiu.

Po zorientowaniu się, ile osób spełniało kryteria przynależności do każdej z powyższych grup, ocenialiśmy, jak stan ten zmieniał się w więzieniu osobno dla każdej grupy z uwzględnieniem nowopowstałych chorób. Nie brano pod uwagę przelotnych i nieistotnych dolegliwości czy schorzeń /zaziębienia, zaparcia itp./, jeżeli nie przechodziły w stan przewlekły lub nie powtarzały się zbyt często.

B. Stan zdrowia - ogólnie

Stan zdrowia badanych więźniów politycznych przed aresztowaniem:

I stan dobry	- 345 osób	tj. 47%
II stan średni	- 340 osób	tj. 46%
III stan zły	- 17 osób	tj. 2,3%

Stan zdrowia podczas pobytu w areszcie śledczym lub zakładzie karnym:

I. W grupie osób w dobrym stanie zdrowia przed aresztowaniem

dobry	- 134 osoby	tj. 39%
średni	- 133 osoby	tj. 38%
zły	- 22 osoby	tj. 6%

Liczba osób, u których wystąpiły nowe zachorowania - 69 tj. 20%
Wniosek: Z grupy 345 osób całkowicie zdrowych przed aresztowaniem u 133, co stanowi 38% wszystkich badanych, nastąpiło w więzieniu pogorszenie stanu zdrowia, zaś u 22 /6%/ pogorszenie znacznego stopnia. Nowa choroba /lub choroby/ rozwinęła się u 69 osób /20%/.

II. W grupie osób w średnim stanie zdrowia przed aresztowaniem:

dobry	- 5	tj. 1,5%
jak poprzednio	- 80	tj. 23%
pogorszenie	- 193	tj. 57%
nowa choroba	- u 30	tj. 9%

Wniosek: W grupie 340 osób w średnim stanie zdrowia przed aresztowaniem nastąpiło w więzieniu pogorszenie stanu zdrowia u 193 osób, tj. u 57%. Nowa choroba, lub choroby rozwinęły się u 30 osób.

III. W grupie osób w złym stanie zdrowia przed aresztowaniem:

jak poprzednio	- 5	tj. 29%
pogorszenie	- 12	tj. 71%
nowa choroba	- 1	tj. 6%

Wniosek: Spośród 17 osób znajdujących się przed aresztowaniem w wyraźnie złym stanie zdrowia u 12, tj. aż w 71%, nastąpiło w więzieniu dalsze pogorszenie: U 1 osoby wystąpiła nowa choroba.

x x x

Ogółem u 100 osób, tj. w 14% wszystkich badanych wystąpiła podczas pobytu w więzieniu nowa choroba, lub więcej chorób nie stwierdzanych przed aresztowaniem. U 460 osób, tj. u ok. 63% ogółu badanych wystąpiło pogorszenie stanu zdrowia.

C. Część szczegółowa - rodzaj schorzeń

Schorzenie przed aresztowaniem			W więzieniu		
			pogorszenie	jak poprzednio	nowe zacho- rowanie
Tbc	w wywiadzie	19			
	aktualnie pod opieką Por. G, lub w trakcie leczenia	3	2		4
Inne choroby układu oddechowego		59 /w tym 2 w stanie ciężkim/	20	16	29
Układu krążenia	Nadciśnienie	14	6	2	4
	Ch. wieńcowa /w tym 2 przebyte zawały m. serca/	18	12	5	10 /w tym 2 zawały m. serca i 1 podejrzenie zawału/
	inne /niewyd. krążenia, zaburzenia rytmu itp./	37	19	5	17
Choroby przewodu pokarmowego	Ch. wrzodowa	92	58	13	18
	inne	58	30	7	64
Choroby kręgosłupa oraz innych kości i stawów		163	82	19	42 /w tym 4 po pobiciu/
Choroby skóry w tym grzybica		22	14	3	98

Schorzenie przed aresztowaniem		W więzieniu		
		pogorszenie	Jak poprzednio	nowa choroba
Choroby układu moczowego	42	26	2	13 /w tym 2 po pobiciu
Choroby oczu		pogorszenie ostrości wzroku 51 w tym w 1 przypadku o 4 dioptrie		
inne	20 /1 stan ciężki/	7		11
Choroby kobiece	18	7	4	4
Uwaga: b.częstsze zaburzenia miesiączkowania u więzionych				
Choroby układu nerwowego	42	23	4	25
Choroby psychiczne	20 /w tym 8 aktualnie pod opieką P.Z.P./	14	6	4
Schorzenia laryngologiczne	39	15	5	18
Nowotwory	2	1		2
Inne: wrodzona hemosyderoza zapalenie wątroby nadczynności tarczycy cukrzyca skaza krwotoczna guz tarczycy	12	11	1	7
Anemia				3
Awitaminoza				7
Utrata wagi ciała powyżej 5 kg	1 /anorexia nervosa/			52 /1 wyniszczenie/
Zaburzenia najprawdopodobniej czynnościowe: bezsenność, zawroty i bóle głowy, bicie serca itp.	44	42	1	111 2 depresja

Ciężkiemu zatruciu pokarmowemu uległo w czasie pobytu w więzieniu 14 osób, 3 z nich przeżyły zatrucia wielokrotnie.

Głodówki protestacyjne prowadziło przez okres:

5 dni - 8 osób, powyżej 5 dni - 48 osób.

Dwadzieścia jeden osób głodówkę różnej długości powtarzało wielokrotnie /od 2 do 7 razy/.

Wszyscy, którzy głodowali powyżej 8 dni - 10 dni, byli dokarmiani sztucznie, często przy użyciu siły.

Jako powikłania głodówek zarejestrowano: znaczną utratę wagi ciała /do 40 kg/, uporczywe bóle głowy, zawroty głowy i ortostatyczne spadki ciśnienia z omdleniami lub zasłabnięciem, utrzymujący się kilka tygodni zanik mięśni kończyn, bóle w nadbrzuszu i zgagę, obrzęki typu głodowego. U kilku osób w czasie głodówki i po jej przerwaniu pojawiły się trwające od tygodnia do kilku tygodni, stopniowo ustępujące objawy z centralnego układu nerwowego, takie jak: osłabienie pamięci, trudność koncentracji, apatia, nadmierna senność, stany pobudzenia na przemian z uczuciem zniechęcenia i depresji.

U wszystkich więźniów, u których wykonano badania laboratoryjne w krótkim czasie /do kilku dni/ po przerwaniu głodówki i opuszczeniu więzienia, stwierdzano obniżenie stężenia cholesterolu /do 90 mg%, podwyższenie lub obniżenie stężenia mocznika we krwi i kwasicy metabolicznej.

Częstym powikłaniem dokarmiania były zranienia sondą jamy ustnej i gardła. U 1 więźnia po takim zranieniu rozwinęła się rozległa ropowicza dna jamy ustnej wymagająca interwencji operacyjnej.

Podczas aresztowania, w czasie śledztwa lub w czasie pobytu w więzieniu zostało pobitych 86 osób, w tym kilkunastu ciężko.

Omówienie

Z naszych obserwacji wynika, że byli więźniowie najczęściej uskarżają się na dolegliwości, które zostały określone jako "czynnościowe" /ich liczba nie została uwzględniona w ogólnym podsumowaniu nowych zachorowań, gdyż było to praktycznie niemożliwe/. Niemal co czwarty więzień cierpi na bóle, zawroty głowy, bezsenność, drętwienie kończyn, kłucie w klatce piersiowej, uczucie duszności itp. Wpływa na to zarówno stres związany z aresztowaniem i śledztwem, jak złe warunki w więzieniu i niepokój o rodziny i przyszłość. Nie ma to jednak większego znaczenia dla ogólnego stanu zdrowia po zwolnieniu.

Co dziewiąty aresztowany zakaża się grzybicą skóry, wymagającą nie raz długiego leczenia. Szczególnie częste są zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Cierpi na nie około 26% byłych więźniów, przy czym niemal połowa z nich odczuwała takie dolegliwości po raz pierwszy. Do nasilenia, lub wznowy dolegliwości dochodzi w więzieniu u ponad połowy osób z chorobą wrzodową żołądka lub dwunastnicy w wywiadzie. Osiemnaście osób zachorowało w więzieniu na owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy po raz pierwszy, co zostało potwierdzone badaniem radiologicznym lub endoskopowym.

Najczęstsze dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego to bóle brzucha, biegunki, wymioty, wzdęcia, zgaga, zwykle związane z posiłkami, lecz nie diagnozowane przez więzienną służbę zdrowia; zostały zaliczo-

ne przez nas do grupy "inne" choroby przewodu pokarmowego. Dane z wywiadu pozwalają podejrzewać, że część z nich była spowodowana w rzeczywistości chorobą wrzodową /nie zdiagnozowaną z powodu braku badań/, część - zatruciem pokarmowym. W naszym zestawieniu do zatruc pokarmowych zaliczyliśmy tylko przypadki o typowym obrazie klinicznym występujące równocześnie przynajmniej u 2 osób. Jednak uzyskanie przez nas danych epidemiologicznych w większości przypadków nie było możliwe. Badane przez nas osoby podawały, że w tym samym czasie chorowała znacznie większa ilość więźniów.

Więźniowie często skarżą się na dolegliwości kostno-stawowe, głównie ze strony kręgosłupa. Cierpi na nie co piąty uwięziony /19,5%/. Przyczyniają się do tego zimne, wilgotne cele, brak ciepłej odzieży, ruchu, a w pewnych przypadkach urazy wskutek pobicia. Zimno i zaduch panujące w celach sprzyjają również częstym infekcjom i innym schorzeniom dróg oddechowych, nosogardzieli i uszu, na które cierpi w sumie 14% uwięzionych.

W więzieniu często dochodzi do zaostrzenia przebiegu schorzeń układu moczowego, szczególnie kamicy i infekcji dróg moczowych. U 7% wystąpiło wyraźne pogorszenie ostrości wzroku / w 1 przypadku aż o 4 dioptrie/. U uwięzionych kobiet szczególnie częste są zaburzenia miesiączkowania. U 52 osób /7% ogółu uwięzionych/ nastąpił znaczny spadek wagi ciała - powyżej 5 kg. W 1 przypadku doszło do wyniszczenia.

Pobitych w czasie aresztowania, w śledztwie, lub w więzieniu zostało 86 osób, tj: około 12% ogółu ankietowanych.

Spostrzeżenia te są podobne do publikowanych wcześniej /ZNML No 1, 1984 rok/ w związku z badaniem byłych internowanych. Nie jest możliwe dokładne ich porównanie ze względu na zastosowanie innej metody obliczania danych.

Okres pozbawienia wolności odbił się niekorzystnie /pogorszenie zdrowia lub pojawienie się nowej choroby, zazwyczaj będącej w związku z uwięzieniem/ na stanie zdrowia ponad 60% osób. Uderza, że wśród internowanych znacznie więcej było przypadków rozwoju choroby wrzodowej i nadciśnienia tętniczego w czasie internowania, a więc chorób związanych ze stresem psychicznym, niż u uwięzionych w okresie późniejszym. Można to wytłumaczyć faktem zupełnego zaskoczenia i wstrząsu, jakim było internowanie dla większości osób całkowicie nieprzygotowanych do takiej możliwości i upojonych okresem wolności. Ludzie prowadzący działalność polityczną w jakiegokolwiek formie po 13 grudnia 1981 roku, mogli liczyć się z aresztowaniem i w pewnym stopniu byli na to wewnętrznie przygotowani.

Trudno natomiast wyjaśnić, dlaczego więcej osób spośród byłych internowanych skarżyło się na dolegliwości związane z bólami kręgosłupa, gdyż ogólnie warunki, w jakich przebywali internowani, były znacznie lepsze - z większą możliwością ruchu, lepszym odżywianiem itp. - niż w czasie aresztowania. Ponieważ przyczyna tych dolegliwości była w większości przypadków jednakowa - ujawnienie lub pogorszenie zmian zwyrodnieniowych układu kostnego - należy sądzić, że na ogół ankietowane przez nas osoby nie skarżyły się na te dolegliwości, uważając je za mało istotne. Mówili o tym tylko ci badani, którzy odczuwali wyjątkowo silne bóle lub trudności w poruszaniu się. Trzeba zaznaczyć, że przepisy więzienne sprzyjają wybitnie schorzeniom układu kostno-stawowego: Są to bowiem: krótki czas spacerów / 1/2 godz. w aresztach śledczych, 1/2 - 1 godz. w więzieniach, często skracane przez służbę więzienną/, ciasne pomieszczenia w celi, pozwalające na wykonanie tylko kilku kroków, przy czym resztę czasu aresztowany musi spędzać na stołku bez oparcia, ponadto niskobiałkowa i niskowapniowa dieta sprzyjająca wraz z brakiem ruchu rozwojowi osteoporozy, często zimno lub wilgoć:

Niewątpliwie zanizone są dane dotyczące grzybicy skóry, w szczególności międzypalcowej, która wbrew naszym obliczeniom wydaje się być bardzo rozpowszechniona. Wynikło to najprawdopodobniej z błędów popełnianych w czasie zbierania informacji.

Niezależnie od niedokładności badania i braku precyzji osób zbierających dane, można stwierdzić, że okres pozbawienia wolności wpływał istotnie na samopoczucie i stan zdrowia dużej części więźniów politycznych. Przyczyny tego zjawiska są różne. Najważniejszą z nich są fatalne warunki, w których przebywają więźniowie w Zakładach Karnych PRL. Najsmutniejszą zaś, że więzienna służba zdrowia w przeważającej części przypadków w najmniejszym nawet stopniu nie chroni więźniów przed zagrożeniem ich zdrowia. Leczenie jest albo niedostateczne, albo niewłaściwe, a bardzo często nie jest w ogóle wdrażane. Zadziwia niekompetencja wielu lekarzy więziennych, oraz ich lekceważący, niechętny lub wręcz brutalny stosunek do chorych. Nie analizujemy teraz tej szczególnie bolesnej sprawy, gdyż była ona już przedmiotem rozważań w Nr 2 ŻNML z r. 1984, podobnie jak warunki sanitarno-higieniczne w więzieniach PRL. Wynika to zresztą wyraźnie z załączonych kilku opisów chorych więźniów.

Wydaje się, że jest naszym - lekarzy - obowiązkiem mówienie i pisanie o tych sprawach. Wiemy o nich bardzo niewiele - przedstawiona garść informacji z próbą ujęcia statystycznego dotyczy niewielkiej grupy więźniów i to więźniów politycznych, którzy byli traktowani znacznie lepiej, niż ogromna setnastoosobowa rzesza więźniów kryminalnych. Los i

zdrowie tych ludzi, niezależnie od tego, jak ciężkie przestępstwa popełnili, nie powinien być dla lekarzy sprawą obojętną.

Załącznik

NIEKTÓRE PRZYPADKI SZCZEGÓLNE

1. A.S. lat 17. Przed aresztowaniem nie chorował. Wkrótce po aresztowaniu przeziębienie. Wykonane w tym czasie rutynowe rtg małowraźkowe klatki piersiowej nie wykazało zmian. Stopniowe pogarszanie się samopoczucia - ponawiające się stany gorączkowe i podgorączkowe, uporczywy kaszel, poty, osłabienie. Do lekarza dostał się po upływie 2 miesięcy. Został uznany na zdrowego symulanta. Lekarz więzienny Marta Kossakowska-Grabowska /specjalista chorób płuc/ na wniosek sądu wydała zaświadczenie stwierdzające, że może być leczony w zakładzie, w którym przebywa. Rozpoznała katar sienny i krótkowzroczność. Z leków otrzymała Flegaminę. Zdjęcie rtg klatki piersiowej wykonano po upływie około 7 miesięcy od zachorowania. Natychmiast wszczęto leczenie p/gruźlicze, początkowo w celi, a następnie na oddziale ftyzjatrycznym szpitala więziennego. Tam dowiedział się, że jest chory na naciekową gruźlicę płuc. Do tego czasu odmawiano podania rozpoznania. W szpitalu przebywał ponad 4 miesiące. Cella szpitalna zagrzybiona, wilgotna. Współwięźniowie nałogowi palacze, wypalający w celi około 80 papierosów dziennie. Ze szpitala wypisany do normalnej celi. Wkrótce kara 14 dni twardego łoża w nieopalanym pomieszczeniu, bez swetra. Na karę wyraził zgodę lekarz więzienia mokotowskiego.

2. K.K. lat 23. Kilka miesięcy przed aresztowaniem stwierdzono gruźlicę oskrzeli, prątkujący. Aresztowany w trakcie leczenia. Po 3 tygodniach przeniesiony z celi ogólnej na oddział ftyzjatryczny szpitala więziennego, gdzie przebywał ponad 3 miesiące. Po wypisaniu ze szpitala - w celi nawracające krwiopłucia i krwotoki płucne. Ukarany 14 dniami twardego łoża - w pomieszczeniu zimnym, nieskanalizowanym, w piwnicy. W czasie odbywania kary przeziębienie z następowym krwotokiem płucnym. Dyżurny lekarz stwierdził krwotok, lecz pozostawił chorego przez noc bez opieki samego w celi. Dopiero następnego dnia przeniesiony do szpitala. Zgodę na karę twardego łoża u chorego z gruźlicą oskrzeli, z nawracającym krwiopłuciem i krwotokami z dróg oddechowych wyraził lekarz więzienny.

3. Z.K. lat 35. Przed aresztowaniem choroba wrzodowa dwunastnicy, poza tym zdrowy. W czasie śledztwa na K.WMO bity w tył głowy i kark i skutki kajdankami zrzucony ze schodów. W następstwie ogólne obraże-

nią całego ciała i objawy neurologiczne z zaburzeniami równowagi i krótkotrwałymi utratami świadomości. Nie wyrażono zgody na przeniesienie na oddział neurologiczny w szpitalu wolnościowym, co było sugerowane przez konsultanta. W kolejnym areszcie śledczym życzliwa opieka neurologa więziennego, zgoda na leżenie i leczenie, po którym zmniejszyły się zaburzenia równowagi. Również tam otrzymał leki p/wrzodowe, których nie pozwolono mu poprzednio doręczyć. W trakcie pobytu zatrucie pokarmowe. Po rozprawie pobyt w różnych ZK, głódówki protestacyjne, nasilające się dolegliwości związane z chorobą wrzodową i następstwami przeżytych urazów. Po zwolnieniu konieczność leczenia szpitalnego.

4. P.Ł. lat 26. choruje na padaczkę. W czasie ucieczki przy aresztowaniu upadek z wysokości ze złamaniem kości piętowych. Po upadku kopany przez funkcjonariuszy bezpieczeństwa. Po przewiezieniu na komendę zmuszony do poruszania się na nogach, stawiany w kęcie, kopany w pięty dla wymuszenia zeznań. Dopiero po upływie kilku godzin przewieziony do szpitala, gdzie wykonano badanie rtg i założono gips na nogi i rękę, która okazała się również złamana, prawdopodobnie przez kopających funkcjonariuszy. Hospitalizowany w szpitalu więziennym, gdzie był przyzwyczajony do traktowania. Po wypisaniu do celi miał zleconą rehabilitację, która właściwie nie była wykonywana /sporadyczne zabiegi z kilkumiesięcznymi przerwami/. W więzieniu zwiększenie częstotliwości napadów padaczkowych.

5. T.M. lat 38. Aresztowany dwukrotnie, wcześniej internowany. W wywiadzie ciężki uraz wielonarządowy w wypadku samochodowym. W więzieniu pobity przez funkcjonariuszy ponieważ odmówił wykonywania przyśiadów. Następnie za karę umieszczony nago w nieogrzewanej celi. Lekarz więzienny celem badania polecił mu się położyć nago na betonowej posadzce.

6. B.P. lat 26. Przed internowaniem i aresztowaniem zdrowy. W czasie przesłuchania bity i kopany w okolicę nerek i szyję. W rezultacie krwimocz, silne napadowe bóle głowy, niemożność poruszania głową i szyją. Krwimocz utrzymywał się przez kilka dni, pozostałe objawy przez kilka miesięcy. W tym czasie nie był badany przez lekarza / o co wielokrotnie prosił/, ani nie miał wykonanych żadnych innych badań.

7. W.P. lat 41. Choruje na cukrzycę, pod stałą opieką Poradni Cukrzycowej. W momencie zatrzymania miał przy sobie leki, które mu odebrano. Poinformował funkcjonariuszy o chorobie i konieczności regularnego zażywania leków, lecz spotkał się z kategoryczną odmową. Po 3 dniach na Komendzie stracił przytomność i karetką "R" został

przewieziony do szpitala. Stamtąd po zbadaniu poziomu cukru we krwi i udzieleniu doraźnej pomocy zabrany z powrotem do Komendy. Uderzający był brak zainteresowania chorym w szpitalu wolnościowym - nie zebrano nawet wywiadu dotyczącego dotychczasowego przebiegu choroby, zadawała się pobieżnym przejrzeniem książeczki cukrzycowej. Po przeniesieniu do ZK zgłosił się do lekarza więziennego, który nie wyraził zgody na podanie leków i dopiero po 9 dniach wykonał badanie krwi na poziom cukru. Zlecił stosowanie Diabetolu, zamiast stosowanej na wolności z dobrym skutkiem Euclaminy. Dieta różniła się zasadniczo od zalecanej przez Poradnię Przeciwcukrzycową. Wobec stale pogarszającego się samopoczucia i protestów dotyczących niewłaściwego leczenia, ponownie zbadano stężenie cukru we krwi, który wyniósł 345 mg%. Nadal utrzymano leczenie Diabetolem, nie włączając Euclaminy, mimo prośb pacjenta. Ponieważ stan chorego systematycznie się pogarszał, został przeniesiony do szpitala więziennego. Tam lekarz, bez żadnych wyjaśnień, zlecił wstrzyknięcie insuliny, na co pacjent nie wyraził zgody. "To zdechniecie" - odpowiedział lekarz i więźnia odesłano do celi. Następnego dnia pielęgniarka zażądała od niego podpisania oświadczenia, że nie zgadza się na leczenie. Napisał, że nie wyraża zgody na wstrzyknięcie insuliny w warunkach więziennych. Po około 2 tygodniach zastosowano zmianę środka zapobiegawczego z powodu złego stanu zdrowia.

8. T.S. lat 52. Pracownik naukowy. W czasie pobytu w więzieniu rozległy zawał mięśnia sercowego. Po przewiezieniu do szpitala wolnościowego zostaje PRZYKUTY ZA NOGI DO ŁOŻKA i pocstawiony pod strażą dwóch funkcjonariuszy SB. Rozkuty dopiero po interwencji lekarza.

9. A.W. lat 34. Choroba wrzodowa dwunastnicy w wywiadzie. W areszcie silny, opasujący ból w klatce piersiowej trwający około 8 godzin. Nie wzywał lekarza. Następnego dnia bardzo słaby, zgłosił się do lekarza, który skierował go na EKG. Badania nie wykonano. Po 2 dniach zasłabnięcie, poty. Ponownie skierowany na EKG, które nie zostało wykonane. Po przeniesieniu do innego aresztu zgłosił się znowu do lekarza, lecz wymyślany przez niego nie podejmował dalszych prób leczenia. Po uwolnieniu wykonane badanie EKG wykazało bliznę po zawale ściany tylnej i przegrody.

10. S.Z. lat 36. Po aresztowaniu, na Komendzie MO bity rączką pałki milicyjnej i krzesłem w plecy, głowę i okolice krzyżową. Złamanie nosa, wybite dolnych zębów. Po urazie okolicy lewego ucha - trwałe przytępienie słuchu. Bity wielokrotnie do utraty przytomności. Po urazie brzucha. fusowate wymioty. Niemożność chodzenia. Wielokrotnie domagał

się bezskutecznie badania lekarskiego. Pierwszy kontakt z lekarzem dopiero po około 3 miesiącach. Po kolejnych interwencjach komisja lekarska: Stwierdzenie zmian urazowych stawu łokciowego, wymagające kilkakrotnych punkcji. Konsultant neurolog zlecił leżenie. Przeniesiony do kolejnego więzienia /co automatycznie anulowało poprzednie zalecenia lekarskie/ nie mógł chodzić, poruszał się tylko podtrzymywany przez współwięźniów. Do lekarza dostał się dopiero po 4 miesiącach.

11. Kobieta lat 55: Po aresztowaniu rozpoczęły się bardzo silne bóle brzucha, zwykle po jedzeniu. Lekarz więzienny/dr MaKossakowska-Grabowska/ zlecił bez badania tabletki, prawdopodobnie rozkurczowe lub przeciwbólowe, które dostawała sporadycznie, niekoniecznie wtedy, gdy bolało. Krótkotrwała ulga. Bóle w czasie pobytu zwiększyły się i powtarzały się coraz częściej. Straciła 7 kg. Bała się jeść. Przez cały czas pobytu w więzieniu /6 miesięcy/, mimo kilkakrotnych wizyt u wyżej wymienionej lekarki, nie była zbadana /"Jak pani wyjdzie, to pani wszystko przejdzie"/. Po zwolnieniu natychmiast zbadana przez internistę: wyczuwalny guz w brzuchu, potwierdzony badaniem rtg guz jelita grubego. Skutecznie zoperowana w 2 tygodnie po opuszczeniu więzienia.

SAMI PRZYNAJĄ

Stan opieki zdrowotnej jest tak katastrofalny, a braki leków tak oczywiste, że prasa oficjalna musiała przerwać milczenie i od jakiegoś czasu zamieszcza sporo artykułów na te tematy. Wspólną cechą charakterystyczną tych artykułów jest całkowite pomijanie odpowiedzi na podstawowe pytanie: kto jest odpowiedzialny za taki stan rzeczy? Bezkrytyczny czytelnik może odnieść wrażenie, że winę ponoszą jakies bliżej nie określone krasnoludki. Czytelnicy myślący samodzielnie dobrze wiedzą, kto jest winowajcą.

Poniżej zamieszczamy fragmenty kilku artykułów z prasy partyjnej. Komentarze wydają się być zbyteczne. /RED./

"Pisma zamiast waty"

Tygodnik "Polityka" wydrukował w numerze z dnia 5 grudnia 1987 r. artykuł Dobrochny Kędzierskiej pod tytułem "Bezsilność". Nadtytuł brzmiał "Pisma zamiast waty". Czytamy tam:

"Oddział położniczo-ginekologiczny Szpitala Wojewódzkiego we Wrocławku nie ma ani grama waty i ligniny. Podobnie ortopedia. Chirurgia i okulistyka nie ma gazy. Laryngologia błaga, by ich zaopatrzyć choćby w chusteczki higieniczne. Ginekologia woła o pieluszki jednorazowego użytku. Przecież chusteczki higieniczne i pieluchy raz po raz bywają jeszcze w sklepach.

Jesteśmy bezsilni - rozkłada ręce przewodniczący Rady Ordynatorów dr Bohdan Szczuka. - Na co mi moja wiedza, skoro w oddziale położniczym i ginekologicznym brakuje podstawowych środków utrzymania higieny - stwierdza dr Bogdan Biłyk. - Jak można ludziom wytykać choroby brudnych rąk, jeśli szpitale nie mają waty, ligniny, gazy, papieru toaletowego. - O czym tu mówić? Przecież nas można natychmiast stawiać przed sądem za brak wyobraźni - puentuje dr Henryk Brzeziński, dyrektor szpitala.

Szpital winien mieć trzymiesięczny zapas środków opatrunkowych. Miesięcznie zużywa się 2 tony i tyle mieści się w szpitalnym magazynie. Szpital zbudowano na 450 łóżek, a dziś jest ich 693.

- Ze środkami opatrunkowymi nigdy nie było dobrze - autorytatywnie stwierdza mgr Jadwiga Stakun, kierowniczka apteki szpitalnej, 25 lat stażu pracy w farmacji. - Tyle, że do tej pory jakoś było. Dziś jest tragicznie.

W marcu dostali tylko ligninę - 1000 kg. W maju 400 kg waty i 1500 kg ligniny. W październiku - 350 kg waty, 1350 kg ligniny...

Kierowniczką apteki do dyrektora szpitala:

...Apteka odczuwa dotkliwy brak i nie może zabezpieczyć potrzeb oddziałów w niżej wymienione grupy leków oraz środki opatrunkowe:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|--------------|
| 1. leki anestetyczologiczne | - brak w 70-80% | |
| 2. Albuminy | - brak w 70% | |
| 3. Antybiotyki podstawowe | - brak w 60-70% | |
| 4. Antybiotyki wyższego rzędu | - brak w 70% | |
| 5. Materiały opatrunkowe: lignina | - brak w 80% | |
| | gaziki, kompresy | |
| | wszelkie, | - brak w 70% |
| | wata | - brak w 50% |
| 6. Sterydy /od szeregu miesięcy/ | - brak w 80% | |
| 7. płyny infuzyjne | - brak w 50-60% /.../ | |

"Cefarm" nie ma możliwości poprawienia naszej sytuacji z powodu niepełnych i nierytmicznych dostaw z przemysłu".

Dyrektor do lekarza wojewódzkiego:

"Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala we Włocławku informuje, że szpital odczuwa dotkliwy brak leków i środków opatrunkowych... Dyrekcja uprzejmie prosi o pomoc i interwencję..."

Lekarz Wojewódzki do wojewody i I sekretarza KW PZPR:

"Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego we Włocławku uprzejmie informuje, że duży deficyt leków i środków opatrunkowych utrzymujący się od dłuższego czasu powoduje zakłócenia w normalnej działalności wielu oddziałów wszystkich szpitali... Trudna sytuacja w zaopatrzeniu farmaceutycznym jest również w aptekach otwartych..."

Apteka. Klębiący się tłum. Proszę dwie paczki waty i pod pasek - mówi młoda kobieta. - Albo wata, albo podpaski - słyszy odpowiedź. - Ależ proszę pani - zaczyna tłumaczyć. - Jestem po porodzie. Watę potrzebuję dla dziecka. Sama nie mogę jej używać, dostaję uczulenia - łamie się jej głos.

- Bez środków opatrunkowych są szpitale w Bydgoszczy, Chojnicach, Brodnicy, Toruniu. Robimy co możemy. Dzwonimy, piszemy pisma i interweniujemy. Słyszemy ciągle - DOSTANIECIE, WYSLEMY. Przyzwyczajaliśmy się już do tego, że za brak leków i środków opatrunkowych obrywa służba zdrowia, a nie przemysł - denerwuje się Bożena Droźniewska, kierowniczką Sekcji Sprzedaży "Cefarmu" w Bydgoszczy.

- Nikt dokładnie nie wie, co dzieje się ze środkami opatrunkowymi - mówi Krystyna Koczorowicz, kierowniczką Działu Zaopatrzenia "Cefarmu" i wyciąga swoje pisma.

Dyrektor Departamentu Farmacji MZiOS do Dyrektora Zrzeszenia "Cefarmu"

"Ministerstwo /.../ uprzejmie informuje, że zgodnie z postanowieniem Prezydium Rządu z dnia 15 czerwca 1987 oraz 10 sierpnia 1987 r. realizatorzy programu operacyjnego "Zaopatrzenie ochrony zdrowia" zostali zobowiązani do wykonania produkcji pozwalającej na uzupełnienie zaległości I półrocza br. w wysokości około 2,4 mld zł oraz produkcji dodatkowej.

Równocześnie w programie operacyjnym na rok 1988 przewiduje się znaczne zwiększenie dostaw zamawianych artykułów produkcji krajowej w stosunku do roku bieżącego /o ponad 20%/.

Ministerstwo uprzejmie prosi o przygotowanie się zrzeszonych przedsiębiorstw do przyjmowania od IV kwartału br. zwiększonych dostaw leków i artykułów sanitarnych".

Dyrektor Zrzeszenia "Cefarm" do dyrektorów przedsiębiorstw "Cefarm":

"Prosimy uprzejmie Ob.Dyrektora o poczynienie kroków zabezpieczających odpowiednie warunki dla przyjęcia zwiększonych dostaw, zarówno od strony magazynowej, jak i finansowej".

A mgr Krystyna Koczorowicz, kierowniczka Działu Zaopatrzenia Farmaceutycznego "Cefarmu" w Bydgoszczy, obejmującego swym zasięgiem województwo bydgoskie, toruńskie, włocławskie, wysyła kolejne pismo do KW PZPR.

"Ilość leków będących w niedoborach kształtuje się w granicach 1000, nie licząc asortymentu leków sprowadzanych z II obszaru płatniczego..."

Pogorszy się zaopatrzenie lecznictwa w gazę w metrach bieżących /pokrycie zaledwie 18% potrzeb/. Przewiduje się lekką poprawę zaopatrzenia w środki dezynfekcyjne. Niemniej obecnie sytuacja jest krytyczna. Rękawice chirurgiczne są w ciągłych brakach. Trudną sytuację zaopatrzeniową pogarszają nierytmiczne dostawy albo całkowity brak realizacji dostaw. Lecznictwo zamknięte zaopatrujemy priorytetowo... Posiadane przez nas znikome ilości trafiają wyłącznie do szpitali i Klinik..."

W 1980 roku wyprodukowano w Polsce 1465 ton waty oraz 33 596 tys. opakowań podpasek higienicznych. W roku bieżącym, jak zapewnia przezeń, będzie 15 750 ton waty i 61 580 tys. opakowań podpasek /nie licząc podpasek z celulozy/. Produkcja przebiega rytmicznie. Tak zapewnił dziennikarza "Trybuny Ludu" zastępca dyrektora Przedsiębiorstw technicznych Wyrobów Włókienniczych.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala we Włocławku dr Henryk Brzeziński zamiast środków opatrunkowych ma pisma do lekarza wojewódzkiego. Lekarz Wojewódzki Urszula Ikenda ma pisma do wojewody. Wojewoda Tadeusz

Gembicki ma pisma do resortu zdrowia. "Cefarn" ma pisma i zapewnienia resortu zdrowia o poprawie sytuacji. Resort zdrowia też ma zapewnienia i pisma od przemysłu...

Tylko w szpitalach i aptekach nie ma waty, ligniny, gazy...

Ten sam temat - brak leków - podjęła Krystyna Lubelska na łamach "Życia Warszawy" z dnia 7 października 1987 r. Po przytoczeniu kilku drastycznych przykładów, autorka pisze:

... Dzisiaj 1 października br. w Instytucie Hematologii lekarze uważają, że dzień jest zupełnie dobry. Brakuje tylko Adriblastyny, Nitrogranulogenu /polski lek przeciw ziarnicy/, Sclumedrolu. Pojawili się za to Milurit, jeden z zasadniczych leków osłonowych, który ostatnio z rzadka tylko bywa w szpitalnej apteczce. Jest też Cytosar, podstawowy lek przeciwbiałaczkowy, jeszcze do niedawna w głębokim deficycie.

W związku z tym ostatnim lekiem lekarzom utkwiło w pamięci pewne zdarzenie. Do Instytutu trafił młody, 35-letni człowiek, kierowca PKS, z ostrą białaczką. Cytosaru nie było. Zawiadomili żonę. Po kilku dniach żona chorego przyszła i powiedziała, że lek czeka na wysyłkę w Londynie, ale będzie to kosztowało ponad 200 tys. złotych. Ona nie ma pieniędzy, musi pożyczyć. Czy lekarze dają jej gwarancję, że ten lek pomoże?

Deficyt leków stawia lekarzy w sytuacjach niezwykle trudnych. Nie tylko przez sam fakt żądania od pacjenta, żeby przyszedł do szpitala z własnym lekiem. Często jest to też kwestia dramatycznego wyboru, któremu choremu deficytowy specyfik podać.

"Oczywiście - mówi dr Piotr Obłąkowski - nie ma sytuacji, w której odmówilibyśmy choremu leczenia. Zawsze je dostaje. Jest ono najwyższej zastępcze, a nie tak jak powinno być, optymalne. Nikt jednak od nas nie odchodzi bez pomocy".

Stres wywołany brakiem leków odbija się więc nie tylko na pacjentach i ich rodzinach; boleśnie godzi też w lekarzy. Ich hipokratejski kodeks mówiący, że choremu trzeba zapewnić najlepszą i najskuteczniejszą terapię, wywołuje w szpitalach atmosferę nerwowości, a także przygnębienia.

W Instytucie Hematologii 80% chorych stanowią pacjenci z chorobami nowotworowymi układu krwiotwórczego. Pod opieką poradni specjalistycznej Instytutu pozostaje około 2 tysięcy chorych leczonych cytostatykami w warunkach ambulatoryjnych. Tymczasem zaopatrzenie w leki cytostatyczne z roku na rok pogarsza się.

I tak np. w Instytucie Hematologii zapotrzebowanie na dwa podstawowe cytostatyki wynosi rocznie: na Cytosar - 5.800 ampułek, Adriblas-

tynę - 7300 ampułek. W ubiegłym roku Instytut otrzymał 1070 ampułek Cytosaru i 3300 ampułek Adriblastyny, co stanowi odpowiednio 18,4% i 45,2%. Braki dotyczą nie tylko leków przeciwnowotworowych produkowanych w krajach kapitalistycznych, ale także wytwarzanych w Polsce i w innych krajach socjalistycznych /NRD, Węgry/.

Fakt, że brakuje leków polskich i z rynków socjalistycznych nasuwa uzasadnione podejrzenie, że nie jest to tylko kwestia braku dolarów. Kuleje też dystrybucja, a także brak rzeczywistej analizy potrzeb aptek szpitalnych. Ileż to bowiem razy - opowiadają lekarze z Instytutu - zdarzyło się już tak, że zwracali się do Cefarmu o określoną ilość opakowań leków. Cefarm odpowiadał - tego leku mamy w magazynie akurat połowę tego co potrzebujecie. Napiszcie więc zamówienie na tę ilość. Lekarze piszą, bo nie mają innego wyjścia. A Cefarm odfajkowanie, że zrealizował zamówienie.

W ten sposób w biurokratycznym młynie ginie rzeczywista liczba niezbędnych leków. Gubi się realny bilans i możliwości porównania tego co mamy, z tym co mieć powinniśmy...

Od ponad dziesięciu lat działa w Polsce NFOZ. Być może trzeba więcej niż do tej pory środków z tego Funduszu przekazać właśnie na zakup leków. Być może należałoby się zająć rozpropagowaniem również zagranicą, przygaszając już od dawna jego idei - właśnie ze wskazaniem na zakup leków.

Prawdą jest, że społeczeństwo polskie nie bardzo chętnie płaci na rzecz NFOZ-u. Między innymi dlatego również, iż widzi ślimaczące się całymi latami inwestycje służby zdrowia. To odbiera chęć do jakiegokolwiek w nim nawet niewielkiego finansowego udziału.

Leczenie alkoholików

"Polityka" z dnia 5 grudnia 1987 r. zamieściła rozmowę Jacka Józwiaka z doktorem Bohdanem Woronowiczem, ordynatorem Oddziału Odwykowego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Oto fragmenty:

Jacek Józwiak: - Podobno na miejsce u was czeka się ponad pół roku. Oddział, którym pan kieruje, ma opinię najlepszej placówki odwykowej w Polsce. Czyżby to znaczyło, że wasza eksperymentalna metoda leczenia alkoholików jest tak skuteczna?

Bohdan Woronowicz: - Eksperyment? Ależ to nonsens. Na świecie już od dziesiątków lat działają ośrodki pracujące w oparciu o program anonimowych alkoholików. Powiedziałem: o s r o d k i, a nie lilipucie oddziały jak ten.

Nasza praca nie ma nic wspólnego z poszukiwaniem nowych dróg - chcemy po prostu od dawna sprawdzony wzorzec terapeutyczny przystosować do polskich warunków. Posługujemy się metodami, których skuteczność dowiedziono u dziesiątków tysięcy pacjentów.

Ruch AA dotarł do Polski przed wielu laty, od kilku lat zaczął rozwijać się spontanicznie... Ale na mariaż AA z medycyną pozwoliliśmy sobie dopiero w ubiegłym roku. Jesteśmy spóźnieni o całe pokolenie. Grupa zapaleńców w kilku oddziałach odwykowych próbuje pracować według nowoczesnych metod.

Ściągają od przyjaciół z Zachodu fachowe opracowania, poświęcają urlopy i prywatne dolary, by odwiedzić placówki odwykowe na świecie, dokształcić się, nauczyć. Na stypendia zagraniczne jeżdżą lekarze wszystkich specjalności. Z wyjątkiem... alkoholologów.

Moja wizyta w ośrodkach w Stanach - to był właśnie prywatny urlop. Literaturę zdobywam dzięki osobistym kontaktom i przyjaźniom - nawet w Centralnej Bibliotece Lekarskiej nie wszystko można znaleźć. Instytut, choć jest wiodącą w Polsce placówką, nie stać na prenumeratę wielu zagranicznych tytułów.

Nasze starania, by terapeuci z oddziału mogli pojechać - nie za ocean, a do Czechosłowacji, do kliniki docenta Skali, od lat pozostają w sferze pobożnych życzeń.

- Jednak pański oddział jest nowością. Przynajmniej w naszym kraju.
- Nawet jeśli jest, tym gorzej dla nas. Mamy przecież w kraju prawie milion uzależnionych od alkoholu:..

- A pan ma dwanaście łóżek?

- Dwanaście?! Skąd? Zobligowano mnie, by s t a l e trzy miejsca były zarezerwowane dla pacjentów zobowiązanych do leczenia sądowym wyrokiem. Turnus terapeutyczny trwa u nas sześć tygodni, z tego trzy w trybie całonocnym, trzy w dziennym. Ludzie "z wyrokami" siłą rzezozy odbierają możliwość leczenia kilku osobom, które c h c ą coś zrobić ze swoim problemem bez sądowych nakazów.

Ja nie wierzę w skuteczność przymusowego leczenia alkoholików. Niedawno wyszedł stąd pacjent, który na do widzenia powiedział, że pierwszy kieliszek wychylił za zdrowie pozostających w oddziale, drugi za personel.

- Więc pozostało panu dziewięć łóżek:..

- Dwa kolejne przeznaczone są do odtruwania pacjentów, do tzw. detoksykacji. Przychodzą po długotrwałych "ciągach", dostają witaminy i środki uspokajające, wracają do siebie przez dziesięć dni i idą do domu. Rzadko który deocyduje się pozostać w oddziale przez cały cykl

leczenia. Łatwo obliczyć, że dysponują jedynie siedmioma łózkami:

- Ilu pacjentów jednocześnie poddawanych jest terapii odwykowej?
- Mniej niż dwadzieścia osób.

- Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi obowiązuje od pięciu lat. Zakładała budowę odrębnych oddziałów detoksykacyjnych, odwykowych, miała zapewnić opiekę typu hotelowego alkoholikom, którzy nie mają dokąd wracać po kuracji: Nie jest tajemnicą, że nie wykorzystuje się środków z funduszu przeciwalkoholowego, i pan ma do dyspozycji tylko siedem łóżek...?

- Mam pokazać rozłożone bezradnie ręce?
- Leczy pan alkoholików na miarę możliwości oddziału. Ale ma pan chyba też jakieś dalekosiężne plany.
- Marzę o ośrodku poza służbą zdrowia...?
- Co to znaczy?

- Żeby nie być akrepowanym obowiązującymi w niej przepisami. Ustawa na to pozwala. Marzy mi się ośrodek gdzieś pod Warszawą, aby pacjentów odizolowano od rozpraszającej ich codzienności, od telefonów, od zbyt częstych wizyt przeszkadzających w leczeniu. Marzy mi się dla każdego pacjenta indywidualny program terapeutyczny w Ośrodku.

Kombinat leczenia odwykowego z odrębnym oddziałem detoksykacyjnym, z hotelem dla rodzin pacjentów, z możliwością jednoczesnego prowadzenia terapii małżeńskiej, rodzinnej, w tym także dorastających dzieci:

Sam kilkakrotnie referowałem założenia takiego obiektu. Od ilości pokoi, liczby personelu, wyposażenia, po metodykę. Przy Instytucie miał powstać osobny pawilon. Gdzieś się to wszystko przewraca. Chciano budować oddziały detoksykacyjne, tymczasem pacjentów odtruwa się w oddziałach psychiatrycznych.

Wyspecjalizowana detoksykacja miała być połączona z wstępną terapią, informującą pacjentów i ich rodziny o możliwościach podjęcia leczenia. I co? Zostaliśmy przy komisjach, które kierują sprawy do sądu!

Zamiast przekonać do leczenia, przedstawić konkretne formuły, drogi, sposoby, a jest ich już sporo, najlepiej alkoholika za twarz i zknąć. Tylko idiota, idiota oderwany od rzeczywistości - i to niech pan napisze - może w podobny sposób myśleć. Bowiem nie ma możliwości leczenia człowieka wbrew jego woli:

Siostry zakonne

Ta sama "Polityka" w numerze z dnia 12 grudnia 1987 roku wydrukowała artykuł Magdaleny Wakulicz i Jacka J. Jóźwiaka pt. "Czy siostry zakonne wrócą do szpitali?". Autorzy nie mogą pominąć faktu, że siostry

zakonne zostały wypędzone ze szpitali, lecz wolą nie stawiać kropki nad i. Zakładają widocznie, że czytelnicy dobrze wiedzą, kto i dla czego powziął tę karygodną decyzję. Oto co piszą:

Zanim na początku stulecia Zofia Szlenkierówna, uczennica Florence Nightingale, przejęła od przedstawicielek amerykańskiego Czerwonego Krzyża jedną z pierwszych w Polsce świecką szkołę dla pielęgniarek, rolę opiekunek chorych i cierpiących pełniły siostry zakonne.

Już w XVII stuleciu żona Jana Kazimierza, Maria Ludwika sprowadziła z Francji do nękanego wojnami i epidemiami kraju zakonnice ze Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo, Szarytki. Siostry otrzymały podwarszawski folwark na Tamce i objęły szpital św. Rocha leżący naprzeciwko kościoła Sw. Krzyża. Pracowały również w szpitalach Dzieciątka Jezus, Sw. Ducha i Przemienia Pańskiego, przy którym założyły potem szkołę dla pielęgniarek.

Do Szarytek dołączyły, szczególnie w XIX wieku, rodzime zgromadzenia. Powołano ich k i l k a d z i e s i ą t, z czego połowa istnieje do dziś. Polska religijność nad życie kontemplacyjne przedkładała zawsze model czynnego poszukiwania duchowości:

Pielęgniarstwo zakonne najlepiej rozwinęło się w dawnych zaborach pruskim i austriackim. Monarchowie niemieccy byli bardziej liberalni lub po prostu praktyczni. Zezwalali na zakładanie i rozwój nowych wspólnot, w przeciwieństwie do zaborców rosyjskich, którzy w zorganizowanym katolicyzmie upatrywali - i jakby nie patrzeć słusznie - kuźnicy sił narodowowyzwoleńczych. Carskie ukazy ogłosiły likwidację wielu rodzin zakonnych.

Po odzyskaniu niepodległości, zgromadzenia miały własne szpitale na Pomorzu, w Krakowie, na Śląsku i w Poznaniu. Właśnie z Wielkopolski Elżbietanki przywoziły do Warszawy najlepsze tradycje opieki nad chorymi. Ich szpital, mieszczący się przy dzisiejszej ulicy Goszczyńskiego, należał w tamtych czasach do najnowocześniejszych wyposażonych.

Oddziały podzielone były na klasy. Choć wszystkich chorych leczono tak samo, pacjenci oddziałów klasy pierwszej i drugiej płaćli nieco więcej za wyższy komfort pomieszczeń i usług pozamedycznych. Z dochodów szpitalnych siostrom zapewniono jedynie utrzymanie i skromne sumy na strój. Pensji im nie płacono.

Pielęgniarki zakonne zazwyczaj zajmowały mieszkania przy szpitalach. Na przykład Elżbietanki, które pobudowały w 1931 roku pierwszy szpital na warszawskim Mokotowie, przebywały w tym samym budynku co ich podopieczni. Dzięki temu szpitale, ochronki, domy pomocy społecznej, sierocińce były ich rzeczywistym domem. Pracowały do południa, by po krótkiej przer-

wie przeznaczonej na posiłek i modlitwę znów powrócić do swych zajęć.

Sledząc nieprzerwanie stan chorych, były z nimi emocjonalnie związane. O każdej porze gotowe nieść posłanie i pomoc. Zatrudniane były też przez rady miejskie w szpitalach świeckich, w magistrackich przytułkach.

Przed pierwszą wojną pielęgniarek świeckich w szpitalach niemal nie było. Dopiero w okresie międzywojennym zaczęły powstawać pierwsze w niepodległej Polsce nowoczesne szkoły pielęgniarskie. Dążono do tego, by miejsca salowych zajęły przy łóżku chorego wykwalifikowane młode siły. Ustawa o pielęgniarstwie z 1935 roku nakazywała zarówno świeckim, jak i zakonnym siostrom przejście czteroletniego przeszkolenia zawodowego, odbycie przynajmniej kilkumiesięcznej praktyki i zdanie egzaminu dyplomowego.

Pierwsze dyplomowane pielęgniarki zakonne zajęły się pacjentami szpitala Dzieciątka Jezus. Obowiązków miały dużo, na 40-50 chorych przypadały przeciętnie dwie pielęgniarki. Na szczęście, w przeciwieństwie do dzisiejszych, miały one do dyspozycji dość liczny personel pomocniczy.

Wraz z wybuchem wojny większość szkół pielęgniarskich pozamykano. W stolicy pozostały tylko dwie - jedna zakonna przy dzisiejszym szpitalu praskim i świecka. Były to szkoły średnie, uczyły się w nich dziewczęta po tzw. małej maturze. Niemcy, obawiając się wybuchu epidemii w okupowanej Warszawie, pozwolili na kształcenie średniego personelu medycznego. Legitymacja szkoły pielęgniarskiej pozwalała wyjść cało nawet z łapanki. Dlatego szkoła zakonna przyjmowała na prośbę zatroskanych rodziców również dziewczęta świeckie.

W okrutnych czasach okupacyjnych zakonnice, tak jak wiele pielęgniarek świeckich, nie odstępowały od łóżek swoich podopiecznych. nawet w najdramatyczniejszych okolicznościach. W szpitalach dla umysłowo chorych, których pacjentów Niemcy przy wysiedlaniu stolicy skazali na zagładę, siostry miłosierdzia ginęły razem z chorymi.

Po wojnie reaktywowano zakonne szkoły dla pielęgniarek, odbudowano szpitale. Jak się jednak okazało, nie było już miejsca dla zakonnice w służbie zdrowia. Wkrótce szkoły znów zamknięto, siostry pracujące w upaństwowionych szpitalach otrzymały trzymiesięczne wypowiedzenia. Nie były już potrzebne - mówią rozżalone jeszcze po czterdziestu latach.

Nieliczne, które zostały dzięki wstawiennictwu dyrekcji szpitali, znalazły zatrudnienie w laboratoriach, pracowniach rentgenowskich i gabinetach ekg. Chodziło o odsunięcie nas - powtarzają - od łóżka chorego. W szpitalach miejskich pozostało ich niewiele - w Warszawie kilka

na Goszczyńskiego, na Płockiej i w Praskim. Sporą stosunkowo grupę przeniesiono do szpitala dla nerwowo chorych w Drewnicy. Pozostawiono zakonnice w niektórych domach starców, w zakładach dla przewlekle i nieuleczalnie chorych, w ośrodkach dla dzieci upośledzonych;

x

Lśniąca czystością klatka schodowa, wypastowany parkiet w szerokim korytarzu. Pusto i cicho. Właśnie tak można wyobrazić sobie wnętrze klasztoru. Tymczasem jesteśmy w szkole. W świetnie wyposażonym, mającym przestronne sale wykładowe pomaturalnym studium dla pielęgniarek. Cicho... bo uczennicami są spokojne i małomówne dziewczęta w habitach. Pusto - jest ich tylko 80, przynajmniej o 20 za mało.

Losy szkoły były równie burzliwe, co zmiany nastrojów politycznych w powojennej Polsce. Powołana w czasie odwilży roku 1956 zdążyła wypuścić zaledwie kilka roczników. W 1964 roku została zamknięta. Reaktywowano ją w roku 1981 na prośbę borykających się z kłopotami kadrowymi lekarzy.

Zarówno rząd, jak i władze kościelne zgodziły się na powrót dawnych pielęgniarek zakonnych. Lecz okazało się, że właściwie ich już nie ma, a te, które żyją, są najczęściej emerytkami. Zgromadzenia "pielęgniarskie" zmuszone zostały do przedstawienia form działalności.

Siostry zajęły się katechezą, część przeszła do zakonnych domów opieki. Słowem przekwalifikowały się. Trzeba było zaczynać od nowa. Zaczęły więc, ale jak łatwo mogliśmy wyczuć w trakcie rozmów, zgromadzenia są niezwykle ostrożne i choć o tym nie wspominają nasze rozmówczynie, obawiają się zmiany polityki.

Międzyzakonne Studium Medyczne przy ul. Grochowskiej jest szkołą mającą uprawnienia państwowe, wykładowcami są lekarze i pielęgniarki z warszawskich szpitali, w większości ludzie świeccy. Zakonnice kształcą się poza tym w państwowych szkołach pielęgniarskich na terenie całego kraju. Jednak chętnych do wykonywania tego zawodu jest jakby mniej. Przyczyn jest wiele - pierwszą są wspomniane obawy.

Młode zakonnice - i to przyczyna druga - tak jak ich świeckie rówieśnice, chcą się uczyć. Zgromadzenia chętnie wysyłają profeski na studia w Akademii Teologii Katolickiej czy KUL-u. Niegdyś władze zakonne wyznaczały drogę, jaką miała iść wstępująca do zgromadzenia dziewczyna, dziś coraz częściej ma ona prawo sama o niej decydować.

Istotne są również kwestie lokalowe. Dawniej siostry mieszkały przy szpitalu, dziś muszą do pracy dojeżdżać. Pół biedy, jeśli wspólnota ma dom w wielkim mieście, wiele jednak młodych pielęgniarek po ukończeniu studium, kierowanych jest do prowadzonych przez zakon domów opieki. Zresztą te ośrodki również cierpią na brak kadry medycznej;

Jak twierdzą siostry, młodych zmienniczek przybywa tak niewiele, że z trudem starcza ich na przejęcie obowiązków po zakonnicach, które z tych czy innych przyczyn nie mogą już pracować.

Mało jest pielęgniarek zakonnych, ponieważ i powołań jest mniej niż kiedyś. Przed laty - jak mówią same zainteresowane - większość z nich pochodziła ze wsi, z rodzin wielodzietnych. Kiedy się miało sześć-cioro, czy ośmioro dzieciaków, dobrze było jedno czy nawet dwoje poświęcić Kościołowi. Dziś - mówią siostry - rodzice chowają jedno, dwoje dzieci i chcą dla nich innej przyszłości. Nie bez znaczenia jest - zdaniem zakonnice - sposób wychowania dzisiejszej młodzieży.

Cokolwiek by mówić, faktem jest, że jedynie niewielka część pielęgniarek zakonnych trafia dziś do naszych szpitali. Dyrektorzy, choć nadal o nie zabiegają, twierdzą, że to już nie te same siostry miłosierdzia, co przed wojną. Są, tak jak niegdyś, sumienne, ale kiedy poprosić je o pozostanie na dodatkowym dyżurze - odmawiają. Kiedyś było to nie do pomyślenia.

Dziś młode siostrzyczki mają dzień dokładnie wypełniony obowiązkami. I trudno się dziwić, skoro w wielu domach zakonnych na kilkanaście siostr czynnych przypada dwu-, trzykrotnie więcej staruszek, którymi trzeba się opiekować. Musi także znaleźć się czas na obowiązki wynikające z reguły zgromadzenia, czas na modlitwę, medytacje, skupienie.

Zakonnice pamiętające dawne czasy twierdzą również, że nie bez znaczenia jest fakt owego dojeżdżania do szpitali. Znikło poczucie więzi z miejscem pracy, utrwalane przez fakt życia obok chorych.

Niegdyś piastujące w szpitalach funkcje kierownicze, dziś wolą pracować jako szeregowie pracownice:

- Nie jesteśmy lepsze od naszych świeckich koleżanek - powtarzały, jeśli już dały się namówić na rozmowę. - Niektórzy pacjenci cieszą się na nasz widok, bo jak twierdzą, osoba duchowna lepiej wykona zabieg niż świecka. Przekazujemy ich wtedy pod opiekę innych pielęgniarek, żeby przekonali się, że i one wykonują swoją pracę z taką samą starannością.

Nie chcą być pielęgniarkami oddziałowymi, choć - tak twierdzą starsze zakonnice - wiele z nich byłoby doskonałymi gospodyniami na swoich oddziałach. No i ten brak obciążeń w postaci rodziny, dzieci, zakupów, kłopotów z mężem...

Siostry jednak mówią: Nie! Podobno lepiej czują się w bezpośredniej pracy przy chorym. Boją się odpowiedzialności za pracę innych. Co innego dawniej, kiedy oddziałowa miała do dyspozycji przede wszystkim personel związany ze zgromadzeniem: Dziś salową czy sanitariuszem może zos-

tać każdy, kto się zgłosi, a ludzie są tak różni...

Swiecka oddziałowa może w ostateczności pójść na skargę do dyrektora. Gdyby to samo zrobiła zakonnica, wiele osób miałoby jej to za złe. W końcu powinna być symbolem dobroci, wielkoduszności, cierpliwości i łagodności.

Młode zakonnice nie garną się dziś do pielęgniarstwa, te zaś, które w tym zawodzie pracują, starają się zostawić sobie margines bezpieczeństwa i nie angażują się zbyt. Dominuje żal za czasy, kiedy nimi wzgardzono. I nieufność.

Leki przez "Pewex"

Ewa Dux w "Życiu Warszawy" / z dnia 5 października 1987 roku / podjęła kontrowersyjny temat sprzedaży leków przez "Pewex", czyli za waluty wymienne. Autorka uważa za swój obowiązek rozgrzeszyć władze i stwierdza, że brak leków "nie z winy resortu zdrowia". Jednakże z całokształtu jej wywodów łatwo można wyprowadzić wniosek wręcz odwrotny: /RED./

Pisanie o zaopatrzeniu w leki nie należy do przyjemnych. Mimo deklaracji i zapewnień, program rozwoju farmacji nie jest realizowany. "Polfa" ma duże kłopoty nawet z wykonywaniem tzw. programów operacyjnych, czyli zamówień rządowych.

Sprowadzanie większych ilości leków z zagranicy też napotyka trudności. Finanse państwa bowiem są nadal skromne, a kupować dziś lekarstwa na Zachodzie możemy tylko za gotówkę.

Trudno też w naszej sytuacji mówić o właściwym gospodarowaniu lekami, czy o prowadzeniu polityki oszczędnościowej. Jak tu bowiem oszczędzać, skoro na około 2 tys. pozycji z Urzędowego Spisu Leków oraz tych wszystkich środków farmaceutycznych i sanitarnych, które dopuszczone są do obrotu w kraju, połowy nie ma stale lub sporadycznie.

Znając te realia trudno się dziwić, iż wielkie emocje budzi sprawa leków w "Pewexie". Kilkakrotnie już wyjaśniana, nadal nie dla wszystkich jest zrozumiała. No, bo jak to właściwie jest? Czy można czy też nie można kupować w Polsce oficjalnie leków za dolary?

Odpowiedź na to pytanie jest krótka - kupować nie można. Nie ma w kraju apteki, która prowadziłaby sprzedaż medykamentów za waluty wymienne. Można natomiast za pośrednictwem przedsiębiorstwa państwowego /a więc niekoniecznie "Pewexu"/ na zlecenie indywidualne sprowadzić z zagranicy pożądany lek, płacąc za wykonane usługi w obcej walucie.

Tak sprawę regulują przepisy, a konkretnie zarządzenie ministra finansów w sprawie rachunków bankowych krajowców dewizowych prowadzonych w walutach wymienialnych /Monitor Polski z 26 grudnia 1982r. nr 29 poz. 463/.

Przedsiębiorstwo Eksportu Wewnętrzznego "Pewex" skorzystało z owych przepisów jako pierwsze i dotychczas jedyne. Po uzyskaniu wykazu leków, które zdaniem resortu zdrowia mogą być sprowadzane do Polski, zajmuje się tą działalnością od 1983 r.

Warto przypomnieć, iż to "Pewex" właśnie, jeszcze przed 1982 r. sprowadzał do kraju leki dla indywidualnych odbiorców. Tyle, że wówczas realizował zamówienia osób stale mieszkających zagranicą. Krajowicie dewizowy, czyli ktoś, kto posiadał konto w Banku PKO, nie mógł złożyć zlecenia ani w "Pewexie", ani w żadnym innym przedsiębiorstwie państwowym.

W każdym większym mieście natomiast funkcjonowały dość dobrze zaopatrzone apteki leków zagranicznych /w Warszawie takowa mieściła się przy ul. Pięknej/, gdzie każdy za okazaniem recepty mógł zaopatrzyć się w zagraniczny medykament, za 100-procentową opłatą w złotychkach, bez żadnej zniżki.

Lekarstwa, które "Pewex" sprowadza dzisiaj na indywidualne zamówienia, są u nas w kraju dopuszczone do obrotu lub też posiadają polskie odpowiedniki. Nie ma wśród nich - jak informują w "Pewexie" - tych bezpośrednio ratujących życie, ani tych specjalistycznych, stosowanych wyłącznie w szpitalach pod kontrolą lekarza.

I właściwie sprawa nie byłaby bulwersująca /cóż w tym złego, że ktoś posiada dewizy i sprowadza z zagranicy lekarstwa/, gdyby nie fakt, że owych polskich odpowiedników i od dawna stosowanych farmaceutyków zagranicznych - brakuje stale w normalnych aptekach.

Wśród 300 pozycji, które oferuje pewexowski cennik /nr 58/ znajdują się bezskutecznie poszukiwane za złotówki: Adalat, Zaditen, Euphylin Retard, Brinerdin, Tagamet, Intal. A jak inaczej niż jako ratujące życie można ocenić leki krążeniowe, poprawiające ciśnienie, nasercowe oraz przeciwrakowe cytostatyki, które także można sprowadzić za dewizy? I kogo właściwie wnić za to, iż są one niedostępne w szpitalach i aptekach, zaś można je zdobyć właśnie za pośrednictwem "Pewexu"?

Dyrektor Przedsiębiorstwa Tadeusz Bielski twierdzi, że więcej ma kłopotów ze zleceniami na leki aniżeli zysków czy splendoru. Na dowód pokazuje pakiet wycinków prasowych /dziennikarze o tej formie działania "Pewexu" piszą wyłącznie krytycznie/ oraz sprawozdania finansowe.

Wynika z nich np., że w 1985 r. "Pewex" przyjął 6264 zamówienia na leki o wartości 110 tys. dolarów. Podczas gdy łączna wartość wszystkich tzw. zleceń specyfikowanych /czyli towarów zagranicznych zamówionych przez klientów/ zamyka się kwotą przeszło 4 mln dol. Natomiast w ub. roku przyjęto - na sumę 223 tys. dol. Gdy tymczasem wartość pozostałych zamówień przekraczała 5,5 mln dol.

Wyroby farmaceutyczne stanowią więc zaledwie niewielki procent ogólnej puli pewexowskich zamówień, a zyski z tego tytułu są niezbyt wysokie. Natomiast szum koło sprawy dużo. Leki w "Pewexie" mają bowiem swoich orędowników i adwersarzy.

Do tych pierwszych należy wicedyrektor Departamentu Farmacji w Ministerstwie Zdrowia mgr Joanna Górską, która twierdzi, że oczywiście najlepiej byłoby, gdyby wszystkie potrzebne leki w aptekach były. Skoro jednak tak nie jest - i to nie z winy resortu zdrowia, który w charakterze petenta puka do różnych drzwi, aby złagodzić niedobory - to mniejszym złem jest działalność "Pewexu", aniżeli np. funkcjonujący od dość już dawna "czarny rynek".

Kupowanie lekarstw pokątnie, od osób nie znanych, za ciężkie pieniądze, jest po prostu niebezpieczne, bo nigdy nie wiadomo, czy lek nie jest przeterminowany i czy jest to właśnie ten, o który chodzi. W tym roku, według ocen celników, podróżujący Polacy przywieźli do kraju ok. 30 ton medykamentów w swoich bagażach.

Jeżeli - jak twierdzi dyrektor Górską - wielu ludzi ma u nas konta dewizowe a każdy - możliwość zakupu bonów od ich właścicieli, to dla czego wprowadzać ograniczenia?

Natomiast przeciwnikiem tej formy zaopatrzenia był niewątpliwie były minister zdrowia Tadeusz Szlachowski, który starał się nie tylko ograniczyć, ale wręcz zlikwidować leki w "Pewexie".

Przepisy dopuszczające w 1982 roku wprowadzenie takich usług wydano bez uzgodnienia z resortem zdrowia. "Pewex" nie musiał nawet występować do Departamentu Farmacji o opracowanie wykazu leków, które chciał sprowadzać dla swoich klientów.

Jedynie dobra wola i - jak sądzę - świadomość, iż z lekami należy postępować ostrożnie, skłoniły szefów tego przedsiębiorstwa do ubiegania się w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej o symboliczną zgodę na rozpoczęcie działalności i o opracowanie szczegółowej listy medykamentów, które można sprowadzać do Polski.

Im trudniej o leki w aptekach, tym więcej osób stara się korzystać z pomocy "Pewexu". Ich przywóz do kraju trwa jednak dość długo. Klient musi czekać na zamówiony medykament ok. 6 tygodni. Lekarstwa sprowadzane z zagranicy są drogie. "Pewex" kupuje bowiem pojedyncze opakowania - a to kosztuje znacznie więcej aniżeli zakup hurtowy.

Z tego m.in. powodu szefowie przedsiębiorstwa starali się w ub. roku zmienić dotychczasową formę realizowania zleceń. Sprowadzić do kraju większą partię tych specyfików, które najczęściej są zamawiane i wydawać je w wytypowanych punktach zatrudniając w tym celu farmaceutów. Projekt ten zyskał aprobatę Ministerstwa Zdrowia. Uzgodniono

także z Instytutem Leków, że każda partia zagranicznych farmaceutyków będzie badana.

23 pewexowskie punkty realizowania zleceń na leki pracowały tym nowym systemem zaledwie pół roku. Do maja br. za okazaniem recepty i opłaconiem w kasie można było od razu odebrać potrzebny lek - o ile oczywiście był on w magazynie. Na mniej popularne lekarstwa trzeba było czekać. "Pewex" dostarczał je bowiem do klienta pocztą, po otrzymaniu przesyłki z zagranicy.

Decyzją Ministerstwa Handlu Wewnętrznego i Usług /bezpośredni zwierzchnik "Pewexu"/ jednego dnia zlikwidowano wszystkie punkty. Przyczyniła się do podjęcia tej decyzji niewątpliwie seria artykułów w prasie, krytykujących "Pewex" za handel lekami.

Wszystko więc wróciło do normy. Tylko czy o to na pewno chodzi? Leków przecież w aptekach nie przybyło. I chociaż rząd przyznał w tym roku dodatkowo 17 milionów dolarów na import gotowych medykamentów, to i tak nie zaspokoił to w pełni społecznych potrzeb.

Musi więcej produkować na rynek nasz własny przemysł farmaceutyczny. Jeżeli nie ustawi się produkcji tego przemysłu pod kątem potrzeb służby zdrowia i nie ograniczy eksportowych ambicji "Polfy" - to lekarstw w aptekach długo jeszcze będzie brakowało.

Czy pustym aptecznym półkom winny jest "Pewex"? Czy należy krytykować to przedsiębiorstwo za pośrednictwo w sprowadzaniu właśnie leków? Jedno jest pewne - mają rację wszyscy ci, którzy twierdzą, że lekarstwa w aptekach powinny być i nic nie usprawiedliwia ich braku - nawet niedostatek dewiz.

W istocie drażliwość problemu rodzi się nie w "Pewexie" ale w normalnej aptece. Bo gdyby wszystkie potrzebne lekarstwa były dostępne za złotówki, to nikt nie miałby pretensji ani zastrzeżeń, że niektóre z nich można kupić także za waluty wymienialne.

Zdrowie dzieci

Zdrowie dzieci i młodzieży - to temat krytycznego artykułu Joanny Horodeckiej /"Życie Warszawy" z 11-12 lipca 1987 roku/.

Przedstawiony przez departament profilaktyki, lecznictwa i rehabilitacji MZiOS materiał o stanie zdrowia dzieci i młodzieży, Rada ds Rodziny uznała za niewystarczający. Opracowania tematu podjął się stały zespół Rady.

Ostateczny kształt nadał mu jednak zespół resortowego Instytutu Matki i Dziecka, który wykorzystał materiały przedstawione przez prezesa Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, prof. Janinę Niżnikowską-Marks

i dr Jerzego Serejskiego /"Dzieci przewlekłe chore i niepełnosprawne"/ oraz dr Janusza Szymborskiego /"Nierówności w zdrowiu"/.

Na kolejnym posiedzeniu prezydium Rady było już o czym mówić, choć do pełnej oceny nadal pewnych elementów brakuje. Jedyne, co nie budzi wątpliwości, to tzw. negatywne mierniki zdrowia.

Za najczulszy z nich uchodzi wskaźnik umieralności niemowląt. U nas jest on ciągle wyższy niż w większości z 29 krajów regionu europejskiego. W roku 1986 wynosił 17,3 /na 1000 urodzeń/, czyli prawie trzykrotnie więcej niż w krajach produjących.

Polska wyróżnia się wysokimi wskaźnikami porodów przedwczesnych i niskiej wagi urodzeniowej. Dzieci o ciężarze ciała poniżej 2500 g rodzi się u nas ok.8 procent; w niektórych krajach o połowę mniej.

Szczególnie wysokie odsetki niskiej wagi urodzeniowej występują wśród dzieci urodzonych przez kobiety pracujące fizycznie, z ośrodków przemysłowych, z rodzin społecznie zaniedbanych, a także przez palaczki tytoniu, kobiety z niedokrwistością, z przewlekłymi stanami zapalnymi.

Wśród innych przyczyn zgonów niemowląt duże znaczenie mają wady wrodzone, w tym wady serca i ośrodkowego układu oddechowego. Przyczyną ponad czwartej części zgonów są zakażenia szpitalne i rozmaite stany zapalne.

W strukturze przyczyn zgonów dzieci powyżej 1 roku życia pierwsze miejsce zajmują urazy i zatrucia, drugie /jak na całym świecie/ nowotwory.

Spoza tych danych wyziera pogarszający się stan bazy szpitalnej i jej zaplecza /kuchni, pralni itp./, brak oddziałów intensywnej terapii dla noworodków, regres w wyposażeniu w podstawową aparaturę monitorującą i służącą do ratowania życia, brak wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego a także salowych i sprzętaczek.

Główną przyczyną h o s p i t a l i z a c j i niemowląt oraz dzieci w wieku 1 - 9 lat stanowią choroby układu oddechowego, w grupie wieku 10 - 14 lat choroby układu trawienego, wśród chłopców w wieku 15 - 19 lat urazy i zatrucia, wśród ich rówieśnic - powikłania ciąży i porodu.

Stale wzrasta liczba zatruc pokarmowych, zwłaszcza pałeczką *Salmonella*. Spadła natomiast liczba niektórych chorób zakaźnych i nowych zachorowań na gruźlicę. W latach 1981 - 1985 wzrósł nieznacznie współczynnik zachorowalności na nowotwory złośliwe / z 8,4 do 9,3 na 100 tys./ O częstości występowania w populacji dzieci i młodzieży innych chorób, zwłaszcza przewlekłych, niewiele wiadomo, gdyż nie prowadzi się ich rejestracji.

Wśród zaburzeń przewlekłych najbardziej rozpowszechniona jest próchnica zębów. Podczas badań prowadzonych w latach 1976 - 1979 niezaawansowaną stwierdzono u 30 - 52% badanych w wieku 6 - 18 lat, zaawansowaną /z rozległymi zmianami w więcej niż 4 zębach i z powikłaniami/ u 20 - 30%, z reguły częściej na wsi niż w mieście.

Grupa wymagająca szczególnego zainteresowania i różnych form pomocy, to dzieci i młodzież niepełnosprawna. Według szacunkowych obliczeń ZG Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, liczba ich wynosi ok. pół miliona osób, czyli ok. 4 procent populacji w wieku rozwojowym:

Pod względem liczebności pierwsze miejsce zajmują upośledzenia umysłowe, drugie kalectwo narządu ruchu; wśród przewlekłe choroby kolejno: nawracające choroby płuc i oskrzeli, wady serca wrodzone i nabyte, zespoły złego wchłaniania, głuchota i niedosłuch, choroby nerek i dróg moczowych, choroby metaboliczne i endokrynologiczne /oprócz cukrzycy/, nowotworowe, upośledzenia wzroku /niewidomi i niedowidzący/, hemofilia i inne skazy osoczone.

Niepełnosprawne i przewlekłe chore dzieci i młodzież potrzebują leczenia, usprawniania, kształcenia i przygotowania do samodzielnego życia. Pomocy i osłony socjalnej potrzebują również ich rodziny, na które spada główny ciężar opieki i wychowania.

Niestety, nie ma dotychczas wyraźnego podziału ról i obowiązków między rodzinę, poszczególne resorty i organizacje społeczne. Program poprawy opieki nad osobami niepełnosprawnymi w wieku rozwojowym - ogłoszony w 1984 r. - do dziś nie jest realizowany.

Brakuje protez, wózków inwalidzkich, podstawowego sprzętu rehabilitacyjnego i dydaktycznego, dostępu do basenów i sal gimnastycznych, produktów do diet eliminacyjnych, brakuje pieniędzy na turnusy rehabilitacyjne, brakuje specjalistów... Wiadomo, co to znaczy dla dzieci i młodzieży.

Prof.Bożkowska mówi wprost: - H o d u j e m y dzieci niespełnosprawne. Autorzy tej części opracowania postawili pytanie: - Czy jest moralnie uzasadnione rozwijanie wczesnej wykrywalności wad i chorób przewlekłych, jeśli w ślad za nim nie zwiększa się dostępność interwencji leczniczo-rehabilitacyjnych?

Do II etapu reformy gospodarczej bardziej pasuje pytanie: czy nam się opłaca utrzymywanie tak niespójnego systemu opieki nad niepełnosprawnymi dziećmi i młodzieżą? Po stokroć nie, również ze względów czysto ekonomicznych.

Z badań przeprowadzonych przez STOCER wiadomo, że koszty pełnego

leczenia rehabilitacyjnego 13-letniego chłopca zwracają się w ciągu p ó ł t o r a roku od rozpoczęcia przez niego pracy zawodowej: Jeśli pracuje on przez cały wiek produkcyjny, wartość wytworzonego przez niego dochodu narodowego netto przekracza przeszło 20-krotnie koszt leczenia.

Jeśli chcemy poprawić stan zdrowia dzieci i młodzieży, trzeba tę poprawę zacząć od przygotowania przyszłych matek i ojców do ról rodzicielskich, zapewnienia odpowiedniej opieki w czasie ciąży i porodu oraz b e z p i e c z n y o h dla matki i dziecka warunków pobytu w szpitalu, które n i e b ę d ą i c h n a r a ż a ł y na zachowanie.

Zdaniem dr J.Szymborskiego, to ostatnie jest szczególnie ważne, bo dotyczy osób, które do państwowych placówek przychodzą zdrowe. Zapewnienie bezpiecznych warunków jest możliwe - np: w trzech-czwartych województwa wałbrzyskiego zrealizowano już system wspólnego pobytu matki z dzieckiem na oddziale położniczym.

Niestety, z informacji zebranych przez Wydział Społeczno-Zawodowy KC za pośrednictwem sekretarzy KW zajmujących się problemami ochrony zdrowia wynika, że stan opieki nad matką i dzieckiem w większości województw oceniany jest jako niedostateczny. Zwłaszcza na wsi, gdzie np: liczba brakujących poradni "K" i dziecięcych znacznie przewyższa liczbę poradni istniejących.

x x x

Możemy być wdzięczni autorom cytowanych powyżej artykułów za zgromadzenie materiałów, które uzasadniają akt oskarżenia pod adresem ludzi z kierownictwa partyjnego i rządowego, odpowiedzialnych za obecny stan opieki zdrowotnej w Polsce. O ile nam wiadomo, nikt z tych ludzi nie zabrał głosu w swej obronie.

LEKTOR

WARUNKI PRACY Kobiet W "DOLMELU"

Dnia 12 stycznia 1988 r. Sąd Najwyższy w Warszawie rozpoznał odwołanie Komitetu Założycielskiego NSZZ "Solidarność" "Dolmelu" we Wrocławiu /Dolnośląskie Zakłady Mechaniczno-Elektrotechniczne, zatrudniające ponad 3 tysiące robotników/. Na sali sądu obecny był Lech Wałęsa. Sąd Najwyższy odrzucił odwołanie, nie godząc się na powstanie "Solidarności" w "Dolmelu". W czasie rozprawy sąd na wniosek adwokatów Komitetu Założycielskiego przyjął do akt sprawy dokument zatytułowany "Raport o warunkach pracy kobiet w Dolmelu". Oto pełny jego tekst. /RED:/

Warunki pracy, o których mowa w niniejszym raporcie, znane są zarówno dyrekcji, związkom zawodowym z OPZZ, jak i służbom bhp. Wielokrotnie pracownicy naszego zakładu zwracali na nie uwagę w czasie kontroli bhp, często zgłaszając swe zastrzeżenia i postulaty. Niejednokrotnie przynawano im rację, a w niektórych przypadkach zalecano natychmiastowe podjęcie działań zmierzających do poprawy warunków pracy. Niestety, bez rezultatów. Ponieważ ani kierownictwo, ani neozwiązki nic nie robią, by poprawić warunki pracy, Komitet Założycielski czuje się zobowiązany do wystąpienia w interesie załogi Dolmelu, pozbawionej ochrony związkowej. Taka jest geneza tego raportu.

Najwięcej kobiet zatrudnionych jest w Dolmelu na wydziale W-5, dlatego też większość danych pochodzi z tego wydziału. Nie jest to raport zamknięty. Może on być w każdej chwili poszerzony o informacje z innych wydziałów. Wszelkie dodatkowe dane dotyczące warunków pracy kobiet w Dolmelu prosimy składać do Komitetu Założycielskiego.

I. Warunki szkodliwe i ich wpływ na stan zdrowia kobiet

Wydziały W-4 i W-5 znalazły się w spisie najbardziej szkodliwych wydziałów, który zestawiła służba zdrowia. Na tym wydziale kobiety stanowią zdecydowaną większość zatrudnionych bezpośrednio przy produkcji.

Przyczyny i skutki. W hali W-5 pracownice narażone są na oddziaływanie takich substancji szkodliwych, jak: etylen, polistyren, aceton, denaturat, ulatniające się lakiery i wysoką temperaturę. Mieszanka szkodliwych związków atakuje układ trawienny /nerki, wątrobę/, nerwowy, oddechowy /nieżyty gardła/, mnożą się również choroby skóry o podłożu alergicznym. Wdychanie wprowadzonych niedawno klejów powoduje bóle głowy i zapalenie spojówek.

Azbest. Na W-5 azbest używany jest jako materiał izolacyjny. Na wydziale izolacyjnym, nie oddzielonym od reszty hali, surowy azbest nasycany jest lakierem, suszony, a następnie cięty. Sprawia to, że azbest w formie drobnego pyłu, a więc w swej najbardziej rakotwórczej postaci

krąży po całym wydziale:

Mika. Winerak ten w postaci drobniutkich płatków transportowany jest przez cały wydział do specjalnej wieży, ze szczytu której wysypuje się ją do urządzenia mieszającego mikę z żywicą. Kłęby białej miki spadając z góry i osiadając na włosach i twarzach są wdychane do płuc. Powoduje to zachorowania na pylicę, częste przypadki zapalenia spojówek i górnych dróg oddechowych. Oddział, gdzie miesza się mikę, nie jest odizolowany od reszty wydziału:

Anemia. Szkodliwe oddziaływanie trujących substancji w połączeniu z niskimi kartkowymi przydziałami mięsa powoduje anemię, na którą cierpi 95% kobiet na wydziale. Sytuację pogarsza dodatkowo źle funkcjonujący i słabo zaopatrzony kiosk zakładowy. Do tego należy dodać nie najlepszą jakość posiłków regeneracyjnych, wydawanych w wydziałowej stołówce:

Wentylacja. Wpływ substancji szkodliwych na zdrowie kobiet jest wielokrotniczy poprzez brak na wydziale jakiegokolwiek wentylacji. Urządzenia wentylacyjne stoją na W-5 od ery "propagandy sukcesu", ale od tego mniej więcej czasu nie działają. Nie ma pochłaniaczy kurzu. Pracownicy zadeklarowały zainstalowanie swoich własnych indywidualnych wentylatorów, by zmniejszyć temperaturę na stanowiskach. Sprawa utknęła na załatwieniu gniazd z prądem, które dawno temu obiecał kierownictwo:

Praca fizyczna. Kobiety całą zmianę pracują w pozycji stojącej. Mnożą się choroby kręgosłupa. Pracownicy wykonują nie tylko pracę manualną, ale i ciężką pracę fizyczną związaną z podnoszeniem i dźwiganiem. Kobiety, by wyrobić narzuconą normę, same muszą donosić elementy na swoje stanowiska, ponieważ transport wydziałowy często nie nadąża z ich dostarczeniem.

"Szkodliwe". Cena zdrowia kobiet pracujących w takich warunkach została w 1982 roku ustalona na 2 złote na godzinę. Tyle wynosi dodatek za szkodliwe warunki pracy, płacony wszystkim pracownikom wydziału. Z praktyki ustalania wysokości takich dodatków wynika, że płacone są one po przekroczeniu tzw. NDS-u /najwyższego dopuszczalnego stężenia/ danej substancji. Za to sam NDS jest określeniem ilości danej substancji, po przekroczeniu której praca w ogóle nie powinna się odbywać. W Dolmelu więc, tak jak i w całej Polsce, płaci się "szkodliwe" nie za warunki, które mogą szkodzić, ale za warunki, które muszą zatruwać. Kobiety z W-5 dostają 2 złote na godzinę za produkcję w warunkach, w których nikt nie powinien pracować:

Warunki higieniczno-sanitarne

Higiena. Dolmel to zakład, który odznacza się fatalnym stanem hi-

gigienicznym, głównie sanitariatów. Jest ich mało i są brudne. Nie są dezynfekowane, gdyż sprzątaczkі nie otrzymują środków do ich dezynfekcji. Zły stan higieniczny sanitariatów powoduje dużą ilość zakażeń rzęsistkowicą, co wywołuje zakażenia dróg rodnych, a następnie ich stany zapalne. Następnym etapem to powstawanie nadżerek: 70% kobiet w Dolmelu ma nadżerki, często III i IV stopnia, c dużym zagrożeniu nowotworowym. Brak pomieszczeń higieny osobistej kobiet /bidety/.

Na wydziale W-5 w niecodzienny sposób rozmieszczono pomieszczenia: toalety męskie usytuowane są obok szatni kobiet, a pomiędzy nimi znajduje się gabinet kosmetyczny, gdzie zatrudniona jest kosmetyczka na pół etatu. Panie mogą sobie tam bezpłatnie zrobić pasieczki - korzystają jednak z tej dogodności głównie panie z biura, gdyż kobiety z produkcji ze względu na akord nie mają kiedy. Zabiegi kosmetyczne odbywają się przy oddziaływaniu wyziewów substancji szkodliwych z wydziału.

Również Dolmel osiągnęła kryzys papieru toaletowego. Pracownicy otrzymują jedną rolkę papieru na rok. Ostatnio sytuacja jeszcze bardziej się pogorszyła - jedna rolka na dwie osoby na rok. Okres użytkowania się nie zmienił. Nie lepiej wygląda sprawa z przydziałowymi mydłami. Obecnie wydaje się artykuły zastępcze w postaci pasty bhp, która jednak nie spełnia zadania /nie zmywa brudu/. Przysługuje również na kwartał jedno opakowanie kremu do rąk.

Odzież ochronna.

Kobiety zatrudnione w produkcji utrzymują buty i fartuchy. Odzież nie jest jednak przystosowana do warunków pracy. Buty, pomimo tego, iż "zdrowotne", są twarde, powodują przy pracy stojącej szybkie zmęczenie nóg i kręgosłupa. Z przydziałowych, grubych i nieprzewiewnych fartuchów, kobiety często rezygnują, ponieważ podczas pracy w wysokiej temperaturze są one nieodpowiednie.

Służba Zdrowia

Okresowe badania: Osoby pracujące na wydziałach szkodliwych mają dwa razy do roku stawić się na obowiązkowe badania okresowe. Postawa kierownictwa sprawia jednak, iż kobiety rezygnują z poddawania się tym badaniom. Kierownicy nie chcą wydawać zwolnień na wyjście do lekarza, a tym osobom, którym udało się uzyskać takie zwolnienie, nakazuje się odrabiać nieobecność po godzinach pracy. Tym sposobem badania obowiązkowe przestają być obowiązkowymi, a o spustoszeniach, jakie dokonują w organizmie substancje szkodliwe, w których pracują, dowiadują się kobiety dopiero wówczas, gdy są poważnie chore.

Kierownictwo ogranicza ilość zwolnień. Praca w warunkach szkodliwych powoduje, iż liczba osób chorujących w Dolmelu jest wysoka. Choru-

je wielu pracowników, niektórzy z nich ciężko. Nie jest to stan, który kierownictwo chce dłużej tolerować, ponieważ chorujący idą często na zwolnienia. Jako że zakład nie ma na razie zamiaru poprawić warunków pracy, wynaleziono inny sposób zmniejszenia frekwencji chorobowej - limitowanie zwolnień: Zdarzają się w Dolmelu przypadki, gdy kierownicy interweniują u lekarzy, aby nie wydawać zwolnień 1-4 osobom, które pozostawały długo lub często na zwolnieniach.

Zakładowy chirurg. Dolmel ze względu na dużą urazowość przy wypadkach wymaga zatrudnienia chirurga na pełnym etacie. Tymczasem od 1985 roku chirurg, wycieczony z Paławagu, pracuje na pół etatu i przyjmuje co drugi dzień:

Zakładowy ginekolog. Dolmel zatrudniający ponad 2 tysiące kobiet /1986 r./ od 1982 roku jest bez zakładowego ginekologa. Gabinet ginekologiczny został zlikwidowany po przeprowadzeniu kontroli, która wykazała, że nie spełnia on wymogów stawianych tego rodzaju pomieszczeniom. Wydawać by się mogło, że są dwa wyjścia - albo usprawić istniejący gabinet, albo wybudować nowy. Znalezione jednak trzecie - gabinet zlikwidowano i od tej pory kobiety z Dolmelu są przyjmowane dwa razy w tygodniu w odległej przychodni przy MERA Elwro /ul. Ostrowskiego/ i to w porze niedogodnej dla wielu kobiet. Rozwiązanie tego typu, jeżeli weźmiemy pod uwagę kłopoty ze zwolnieniem się oraz dostaniem do lekarza, praktycznie pozbawia większość zatrudnionych w Dolmelu kobiet ginekologicznej opieki:

Kobiety ciężarne

Wydziały pracy chronionej. Założenie takich wydziałów na W-5 było jednym z postulatów załogi w latach 1980-81. W 1982 roku komisja w składzie prof. Ziółkowski i dr Baszyński /były ginekolog zakładowy/ zaleciła utworzenie stanowisk pracy chronionej. Od początku realizacja tego zalecenia sprawiała kierownictwu wiele trudności - utworzono taki wydział, ale nie był on oddzielony od szkodliwych oparów krążących po W-5:

W końcu nawet i to zarzucono - do dziś ciężarne pracują w wyziewach na wydziale, gdzie są zatrudnione jako sprzątaczkki. Samo respektowanie zaświadczeń od służby zdrowia, dotyczących przeniesienia do mniej uciążliwej pracy, jest administracyjnie utrudniane i opóźniane. Ciężarne muszą często kilkakrotnie przychodzić po zaświadczenia zanim zostaną przeniesione:

Przebieg ciąży pracownic z W-5: Kłopoty z łatwym dostępem do opieki ginekologa i niebezpieczeństwo narażenia na działanie substancji szkodliwych prowadzą do zbyt późnego wykrywania zatruc ciążowych. Efektem są częste poronienia. W latach 1982-83 na 15 kobiet w ciąży, obję-

tych opieką międzyzakładowego ginekologa, poroniło 6. Pozostałe ciąży udało się z wielkim trudem utrzymać i to głównie dzięki temu, że kobiety, które ciąży donosiły, przebywały prawie cały okres ciąży na zwolnieniu lekarskim i nie miały kontaktu z cparami z W-5:

Dodać należy, że z powodu trudnego dostępu do zakładowego ginekologa wiele kobiet leczyło się u swoich rejonowych lekarzy. Brakuje więc całości danych, ale nic nie skłania do przypuszczeń, że w tych przypadkach było lepiej. Natomiast rejonowa służba zdrowia ma zwyczaj niezawiadamiania zakładowej placówki zdrowia o przebiegu i komplikacjach ciąży pracownic danego zakładu. Jest to niezbędny warunek do stworzenia ogólnego obrazu zdrowotnych reperkusji warunków pracy i może pomóc w wybraniu środków zaradczych:

Kobiety w wieku specjalnej troski

Warunki pracy młodocianych kobiet. Dużo młodych kobiet, które odbywają praktyki robotnicze w Dolmelu /a może właśnie dlatego, że je tu odbywają/, nie podejmuje pracy w naszym zakładzie. Wiele z nich odchodzi ze względu na uczulenia, które są alergiczną reakcją na substancje szkodliwe. Praca bez rękawiczek w tych warunkach powoduje dużą ilość zachorowań na egzemy i inne choroby skóry, np. łuszczycę. W ten sposób następuje naturalna selekcja uczulonych. Szczególnie narażone są właśnie kobiety młode, mało odporne na szkodliwe warunki, w jakich przychodzi im pracować.

Inna jest procedura postępowania z młodocianymi kobietami w ciąży niż w przypadku starszych pracownic. Młodociane kobiety, które zaszły w ciążę, przenoszone są do pracy w biurówcu.

Na kogo pracują młode pracownice. Młode praktykantki, zamiast szkolić się w różnych czynnościach, kierowane są do bezpośredniej produkcji. Wykonują tam pracę, która idzie im najlepiej, t.j. tam, gdzie wyrabiają największą ilość normy. Pieniądze za produkcję praktykantek otrzymują obecnie brygadzystki, które później zostają na prace zlecone, aby przepracowanymi godzinami umotywić wysokie zarobki. Praktykantki zaś, mimo iż pracują bezpośrednio na produkcji, otrzymują jedynie ustawowo określone stawki szkoleniowe:

Długoletnie pracownice. Ze względu na duże tempo pracy w akordzie postulowano stworzenie specjalnego wydziału dla pracowników, którzy bądź ze względu na wiek, bądź na stan zdrowia nie nadążają z wyrabianiem normy. Na wydziale tym miałyby być zatrudniane również osoby, które stawiały się do pracy po przebytych ciężkich chorobach i ze względu na nienajlepszy jeszcze stan zdrowia powinny wykonywać pracę lżejszą niż dotychczas. Postulatu tego do tej pory nie spełniono.

Płace kobiet

Premia motywacyjna. Kobiety, które są na zwolnieniu chorobowym, bądź otrzymują zwolnienia na opiekę nad dzieckiem, tracą w ramach premii motywacyjnej nie tylko samą premię, ale również obniża się im kwotę płaconą za wysługę lat i tracą deputat węglowy.

Opieka nad dziećmi: Kierownictwo rości sobie pretensje do decydowania o tym, czy dziecko choruje zbyt często. Jeżeli kierownik uzna, że kobiety biorą zbyt często, w jego mniemaniu, zwolnienia na opiekę nad dzieckiem, odsyła pracujące matki do dyspozycji działu kadr. Tam wywierany jest nacisk na zmianę miejsca pracy. W ten sposób niektóre z kobiet płacą za "zbyt chorowite dzieci" kilkakrotną zmianą stanowisk pracy:

Kto płaci za przestoje: Brak zabezpieczenia materiałowego powoduje, że kobiety wyrwyją sobie z rąk podzespoły, aby wyrobić narzuconą normę. Kobiety, które przegrywają tę swoistą odmianę walki o byt, muszą pozostawać po godzinach pracy, aby nadrobić straty spowodowane złą organizacją pracy i brakiem zabezpieczenia materiałowego.

Płacenie zwolnieniami do domu. Koniec roku i troska zakładu o to, by nie przekroczyć 12% limitu przyrostu wynagrodzeń odbija się na płacach załogi. Antydotum na magiozne 12% było wstrzymanie produkcji. Pracowników po cichu wysyłano do domu. Nie mieli oni, co prawda, zaznaczonej nieobecności, ale też nie dostawali poberów na ten dzień, co odbijało się na wysokości zarobków i premii:

Prace zlecone. Zakład wywiera presję ekonomiczną na branie prac zleconych. Mają one wpływ na wysokość premii, a ponadto po przepracowaniu dodatkowo 40 godzin miesięcznie - nagroda w postaci 2 tys. zł. Nie zauważa się jednak, że nie wszystkie panie mają możliwości, choćby ze względów rodzinnych i zdrowotnych, na pozostanie po godzinach pracy.

Wysługa lat. W Dolmelu zatrudnieni dłużej niż 20 lat czują się niedocenieni. Wysługa lat ma bowiem limit do 20 lat przepracowanych. Później nieważne jest, czy pracuje się dwadzieścia lat czy trzydzieści. Płacą tyle samo, tak jak w prawie całej Polsce.

Meskie rezerwy siły roboczej: Nieliczni mężczyźni na W-5 zatrudnieni są przy produkcji cewek, opłacani zaś są z wyższych stawek opiekańczy. Stanowią ukrytą rezerwę siły roboczej, na wypadek zwiększonych dostaw i drobnej konserwacji: Produkują mniej niż kobiety na tych samych stanowiskach, ale zarabiają więcej:

STAN ZDROWIA MIESZKANCÓW ŁÓDZI

Duszpasterstwo Środków Twórczych przy Kościele Majświętszego Imienia Jezusa w Łodzi /pod kierownictwem ks. Stefana Miecznikowskiego/ przygotowało w połowie 1987 r. "Raport o Łodzi"; poświęcony w znacznej mierze sytuacji zdrowotnej mieszkańców miasta. Poniżej zamieszczamy tę część raportu /RED:/

Dane z 31.12.1985 roku wskazują na wzrost współczynnika umieralności ogólnej większej u mężczyzn niż u kobiet.

Pierwszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia wyrażające się liczbą 8.052 na ogólną liczbę zmarłych w 1985 roku - 14.788. Spśród chorób układu krążenia chorobą niedokrwienia serca była przyczyną zgonów 1:017 osób, przy czym obniżył się wiek zachorowań i zgonów do trzeciego dziesiątka lat /6 zgonów/.

Drugą co do częstości przyczyną były nowotwory - 2712 zgonów, w tym nowotwory układu oddechowego, żołądka i dróg żółciowych jako najczęstsza lokalizacja narządowa.

Trzecią przyczyną zgonów były choroby układu oddechowego w liczbie 748.

Zgony noworodków: wskaźnik zgonów bardzo wysoki - 21,9 na 1000 żywych urodzeń. Przyczyną tego stanu rzeczy są choroby płodów, lub skutki powikłań okołoporodowych w 62,8% zgonów oraz wady wrodzone płodów:

Zwiększył się wskaźnik chorobowości i zachorowalności na choroby psychiczne w roku 1986 w porównaniu z rokiem 1985. Dotyczy to psychoz /depresję/, zaburzeń psychicznych niepsychotycznych, nerwic i choroby alkoholowej; nie zwiększyły się wskaźniki schizofrenii i demencji starczych. Nastąpił też wzrost wskaźnika śmiertelności z 2,4 /na 100 leczonych/ w roku 1985 do 2,9 w 1986.

Stan zdrowia mieszkańców Łodzi jest alarmująco zły. Badania epidemiologiczne przeprowadzone w trzech dzielnicach Łodzi wykazały, że 82% badanych, wybranych losowo, czuło się chorymi, zgłaszało poważne dolegliwości.

Łódzcy interniści u 2/3 populacji osób w wieku do 65 lat, a więc produkcyjnym, rozpoznają co najmniej jedną chorobę przewlekłą: 38% badanych chorowało na choroby układu krążenia, 31% na zaburzenia przemiany materii - paradoksem jest często występująca otyłość, będąca następstwem jednostronnego odżywiania węglowodanowo-tłuszczowego; 20% miało schorzenia układu kostno-stawowego i inne, c czym będzie jeszcze mowa. U 26% badanych rozpoznano więcej niż 3 choroby /Cz.Andryszczak i wsp./.

Przewlekłe choroby

Wśród ludności Łodzi stwierdza się znaczne natężenie chorób przewlekłych. Należą do nich:

NIEDOKRWIENNA CHOROBA SERCA, która niepokojąco wzrasta zwłaszcza wśród mężczyzn, będąc przyczyną licznych zgonów. Choroba ta występuje w równym stopniu u robotników jak i u pracowników umysłowych. Zawały serca u trzydziestolatków nie są rzadkością. Badania epidemiologiczne /Gdulewicz i wsp./ stwierdziły chorobę niedokrwinną serca /zwaną inaczej chorobą wieńcową/ u przeszło 20% pracujących mężczyzn. Choroba ta nie omija i kobiet. Należy dodać, że w krajach zachodnich ta typowo degeneracyjna choroba towarzysząca cywilizacji przemysłowej znacznie zmniejszyła swe nasilenie dzięki wszechstronnej profilaktyce.

NADCISNIENIE. Liczba przypadków wzrasta. Poza uwarunkowaniami genetycznymi, które są wartością stałą, w grę wchodzi tu, podobnie jak w niedokrwiennej chorobie serca, chorobie wrzodowej /wzrost zachorowań/, nerwicach /wzrost zachorowań/, obok niekorzystnych czynników środowiskowych tzw. stres socjalny, czyli uczucie zagrożenia, wywołane złymi warunkami ekonomicznymi, niepokojem o przyszłość dzieci, niemożnością zaspokojenia własnych aspiracji, złymi stosunkami społecznymi, poczuciem krzywdy a nawet poniżenia, niepewnością jutra etc.

Choroby układu krążenia są przyczyną 56% zgonów w Łodzi.

PRZEWLEKŁE NIESWOISTE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO występują w Łodzi u 20% pracujących mężczyzn i 10% pracujących kobiet. W Polsce odpowiednio u 15% i 5%.

NIEDOKRWIENNOŚĆ U KOBIET W WIEKU ROZRODCZYM jest w Łodzi nierozwiązanym problemem społecznym. Badania /Szyler i wsp./ wykazały 35 przypadków na 100 pracujących kobiet. Za anemią kryją się konsekwencje, jak przedwczesne starzenie się, niedotlenienie mięśnia serca i ważnych dla życia narządów, uczucie osłabienia, choroby dodatkowe, atakujące osłabiony organizm.

WSKAZNIKI UMIERALNOŚCI NA CHOROBY NOWOTWOROWE I UKŁADU KRAŻENIA są wyższe w Łodzi niż w większości województw - a w Polsce jedne z wyższych w Europie. Na 28 krajów europejskich jesteśmy na czwartym miejscu w umieralności na nowotwory /stanowią w Łodzi 18,2% wszystkich zgonów/, na 7 miejscu w umieralności na choroby układu krążenia. Najbardziej niepokojący jest fakt, że współczynniki te wzrastają u nas szybciej niż w innych krajach, w których raczej obserwuje się stałą tendencję zniżkową.

Ogromny niepokój budzi zjawisko NADUMIERALNOŚCI MŁODYCH MĘŻCZYZN. Umieralność mężczyzn w wieku 15 - 34 lat stawia nas na drugim miejscu spośród 28 krajów europejskich, w wieku 35 - 74 lat - na czwartym.

/Dane dotyczące nadumieralności młodych mężczyzn i umieralności na choroby nowotworowe oraz układu krążenia pochodzą z wystąpienia prof. K. Gibińskiego na Kongresie Nauki Polskiej - 6.03.1986 roku/.

Lekarze i pielęgniarki

W województwie łódzkim w końcu 1979 roku rejestrowano 3.830 lekarzy medycyny, 1.035 lekarzy stomatologii i 6.966 pielęgniarek na 1.121.784 ludności. W końcu 1985 roku odpowiednie liczby wynoszą: 3.805, 895, 6446 na 1.149.115 ludności. Tak więc w okresie 6 lat ubyło 25 lekarzy medycyny, 140 lekarzy stomatologii i 500 pielęgniarek przy wzroście liczby ludności o 27.931 osób:

Szpitala

W dniu 31.12.1985 roku Łódź miała 23 szpitale ogólne resortu zdrowia, z których 18 jest finansowanych z budżetu wojewódzkiego, a 5 z budżetu centralnego. Ponadto jest 1 szpital Akademii Medycznej i 1 szpital Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Z obu tych szpitali brak danych na temat liczby łóżek i personelu, jak również liczby osób uprawnionych do leczenia.

Stan budynków szpitalnych, w większości starych /np. Szpital im. Jonschera ma przeszło 100 lat, Szpital im. Barlickiego - 85 lat/ jest zły. Dotyczy to funkcjonowania budynków, zagęszczenia łóżek, a szczególnie zaplecza - pralni, kuchni, warsztatów, transportu wewnętrznego chorych i posiłków:

Między innymi w związku z tym organizacja pracy w szpitalach jest anachroniczna, obciążająca personel nadmierną pracą fizyczną i zajmująca czas, który powinien być przeznaczony na bezpośrednią opiekę nad chorym.

Na tak wielką liczbę chorych jest w Łodzi 7.649 ogólnych łóżek szpitalnych + 1594 łóżka psychiatryczne i odwykowe. Stan ten od lat się nie poprawia, lecz owszem, pogarsza, gdyż stare, jeszcze przedwojenne, rozsypujące się wprost szpitale muszą być wyłączane do remontu:

Wskaźnik łóżek szpitalnych wynosi 65 na 10.000 mieszkańców Łodzi, lub jeszcze mniej, jeśli się zważy, że leczą się tu ludzie z całego makroregionu, czyli z kilku sąsiednich województw oraz innych miast województwa łódzkiego.

WHO postuluje 110 - 130 łóżek na 10.000 mieszkańców /bez psychiatrycznych/. Wiele krajów europejskich dysponuje tą liczbą:

Nam potrzeba szacunkowo minimum 160 łóżek na 10.000 mieszkańców /wraz z psychiatrycznymi/ przy obecnej sytuacji demograficzno-zdrowotnej. Liczba ta leży w sferze czystego absurdu.

Zagęszczenie łóżek w szpitalach jest nadmierne i regułą są łóżka dostawiane na korytarzach. Dotyczy to również szpitali klinicznych. Dzieje się to wbrew zaleceniom sanitarnym, pobyt chorych w szpitalach czyni uciążliwym i naraża ich na dodatkowe infekcje, a pracownikom utrudnia pracę i uniemożliwia utrzymanie czystości.

Warunki leczenia dodatkowo obciążają w znacznym stopniu braki leków, środków opatrunkowych, drobnego sprzętu medycznego, niedobór pielęgniarek i stały brak niższego personelu, szczególnie męzczyzn /pielęgniarzy i salowych/, dotkliwy niedostatek bielizny szpitalnej i środków do utrzymania czystości.

Szczególnie dotkliwa jest sytuacja w zakresie badań, wymagających współczesnego sprzętu, jak np. mikroanalizatory laboratoryjne, przystosowana do współczesnych wymogów aparatura rentgenowska /wyeksploatowana w 49,3%/ , ultrasonograficzna itp. Badania te są w niemal wszystkich szpitalach trudno dostępne, a ich wykonanie w ośrodkach dysponujących tymi urządzeniami, poza odległością wyznaczonych terminów, jest dodatkowo utrudnione przez fatalnie działające telefony i niedostateczną ilość karettek przewozowych, przy bardzo źle działającej, wadliwie zorganizowanej kolumnie transportu i Pogotowie Ratunkowe.

W związku z trudnościami diagnostycznymi pobyt pacjenta w szpitalu przedłuża się ponad konieczność.

Poza dwoma ośrodkami klinicznymi, pracującymi dla małej grupy chorych, nie ma w łódzkich szpitalach ani, tym bardziej, w ambulatoriach monitorowania terapii. Konieczność indywidualizowania wielkości dawki leków jest rozumiana, a schemat dawkowania jest stosowany w USA i Zachodniej Europie.

Szczególnie zła jest sytuacja chorych wymagających przewlekłych dializ. Zapotrzebowanie na te zabiegi przewyższa możliwości ze względu na niedostatek aparatury.

Łódzkie leczenie cierpi głównie na brak łóżek położniczych, zwiększony zamknięciem 2 szpitali ginekologicznych /im.H.Wolf i im. M.Curie-Skłodowskiej/.

Budowany obecnie szpital Centrum Zdrowia Matki Polki zwiększy wprawdzie liczbę łóżek położniczych i ginekologicznych, ale koncepcja tego Centrum jest sprzeczna z ogólnoswiatową tendencją do budowania szpitali mniejszych, łatwiejszych do opanowania organizacyjnego i stwarzających lepsze warunki sanitarne, a więc zmniejszających ryzyko infekcji wewnątrzszpitalnych.

Bardzo wolno posuwa się budowa Szpitala Akademii Medycznej przy ulicy Czechosłowackiej, między innymi w związku ze skierowaniem wysiłku inwestycyjnego, budowlanego itd. do Centrum Zdrowia Matki Polki.

Te same powody leżą u podstaw wstrzymania kapitalnych remontów starych szpitali, które ulegają dalszej dekapitalizacji.

Lecznictwo otwarte

W województwie łódzkim miejskim w końcu 1985 roku w lecznictwie podstawowym pracowało 1.807 lekarzy medycyny, 552 lekarzy stomatologii, 32 felczerów, 3.498 pielęgniarek i 545 położnych. Liczba rejonów ogólnych wynosiła 314.

Liczba rejonów pediatrycznych wynosiła 213; 37 lekarzy pracujących w tych rejonach nie miało specjalizacji pediatrycznej. Rejonów ginekologicznych było 69.

Poradnia rejonowa teoretycznie obejmowała opieką 3.360 osób dorosłych, co jest prawdą wyłącznie statystyczną. Wiadomo bowiem, że rejon różni się strukturą ludności i stopniem zagęszczenia, a ponadto lekarz pracujący przyjmuje pacjentów również za nieobecność kolegów w razie ich urlopów i chorób.

Bardzo duże braki notuje się w kadrze specjalistycznej lecznictwa otwartego. Dotyczy to szczególnie psychiatrów, radiologów i pulmonologów: specjalności te zostały uznane przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej za deficytowe. I tak np. niedobór radiologów w końcu 1985 roku wynosił 63% i odsetek ten ulega dalszemu powiększeniu. Ma to decydujący wpływ na dostępność zawsze jeszcze podstawowego badania w diagnostyce obrazowej. Brakuje również pediatrów /zę specjalizacją/ i ginekologów.

Poza lecznictwem podstawowym, działającym zgodnie z miejscem zamieszkania chorych, istnieje drugi pion lecznictwa związany z miejscem pracy. Przychodni przemysłowych jest 113. Założenie, że lekarz przemysłowy ma zajmować się przede wszystkim profilaktyką, pozostaje w sferze teorii, a wyniki z tych działań zalecenia lekarskie natrafiają na przeszkody ze strony zakładów; często nie jest to zła wola, lecz brak możliwości technicznych i finansowych do zapewnienia warunków zalecanych przez lekarza. Tak więc lekarz przemysłowy zajmuje się głównie leczeniem, dublując pracę lekarza rejonowego. Nie istnieje praktycznie współdziałanie i przepływ informacji między lekarzem przemysłowym i rejonowym.

Zaopatrzenie farmaceutyczne

Od kilku lat zaopatrzenie w leki i inne środki farmaceutyczne jest niedostateczne, nierytmiczne i nieracjonalne. Wydłuża się lista braków i ograniczeń, by z końcem stycznia 1987 roku przyjąć rozmiary katastrofalne w następujących grupach środków leczniczych:

- leki hamujące krzepnięcie krwi - Synkumar, Heparyna, bez których nie może działać kardiochirurgia i nie mogą istnieć chorzy ze sztucznymi zastawkami;

- leki przeciwmotworowe;
- leki działające na ośrodkowy układ nerwowy zarówno z grupy neuroleptyków, przeciwdepresyjnych, anksjolitycznych, jak również szerszej gamy leków przeciwpadaczkowych i przeciwbólowych narkotycznych;
- leki anestetyczne;
- leki okulistyczne w kroplach do leczenia zaćmy, jaskry i schorzeń wirusowych oczu;
- leki w postaciach stosowanych dla dzieci /syrupy, roztwory/;

Znaczne ograniczenia i widoczny brak postępu obserwujemy:

- w grupie leków działających na zakażenia drobnoustrojami, mała gama antybiotyków, szczególnie z grupy półsyntetycznych penicylin i cefalosporyn, brak antybiotyków p/grzybiczych, brak leków p/wirusowych;
- w grupie leków krążeniowych obserwuje się znaczną nierytmiczność zaopatrzenia;
- w grupie leków hormonalnych - duże braki i zacofanie!;
- w grupie leków p/wrzodowych zdecydowany brak postępu;
- w grupie leków p/reumatycznych ograniczenia i duża nierytmiczność dostaw;
- brak wyciągów oczyszczonych alergenów ważnych w rozpoznawaniu czynnika uczulającego.

Osobny problem w leczeniu szpitalnym stanowią płyny infuzyjne produkowane w aptekach szpitalnych wobec niewydolności producentów państwowych. Płyny te często zawierają substancje gorączkotwórcze i wywołują silne reakcje u chorych. Podobnie krew i preparaty krwopochodne są nadal przysyłane w pojemnikach szklanych, a nie w workach plastikowych zgodnie z współczesnymi wymogami. Poza łatwością zniszczenia butelki, łatwiejszą hemolizą, czas rozmrażania jest znacznie dłuższy.

Brak środków opatrunkowych, drobnego sprzętu do jednorazowego użytku i płynów odkażających w sposób istotny rzuca na obsługę chorych i sprawność Służby Zdrowia.

Choroby zakaźne

W 1985 roku 268.500 osób chorowało w mieście na ostre choroby zakaźne, czyli co trzeci mieszkaniec Łodzi!

Zatrucia pokarmowe i salmonellozy rozpoznano u 1.336 osób

Świerzb rozpoznany, bo jest i nierozpoznany u 1.463 osób

Wirusowe zapalenie wątroby u 1.142 osób

Grypa i infekcje ostre "grypopodobne" u 252.000 osób

Te ogromne liczby nie wymagają komentarzy. Chodzi o brud, brak środków czystości, nowoczesnych środków odkażających, otwarte, cuchnące, przepełnione śmietniki, nadmierne zagęszczenie mieszkań, w tym

wiele bez łazienek z WC na podwórzu, skażona żywność, brak papieru higienicznego, jednorazowych chustek do nosa, papierowych ręczników w miejscach publicznych, brak szczepionek przeciw grypowych, brak możliwości wykonania masowych badań bakteriologicznych i wirusologicznych, brak leków - głównie dobrych antybiotyków, surowic i szczepionek, brak witamin.

Sytuację epidemiologiczną w Łodzi można nazwać endemią /czyli zlokalizowaną, tłącą się stale epidemią/ niektórych chorób zakaźnych.

Umieralność mężczyzn w wieku 1 - 64 lat na choroby zakaźne i pasożytnicze w Polsce stoi na pierwszym miejscu w Europie /wg referatu prof. K. Gibińskiego wygłoszonego na II Kongresie Nauki Polskiej - 5.03. 1986 roku/.

Liczba chorych na gruźlicę wynosi 120 na 100.000 mieszkańców. Ten wskaźnik w większości krajów europejskich oscyluje około 0. W Łodzi przybywa rocznie około 700 nowych zachorowań.

Kobieta pracująca

Liczba kobiet w Łodzi od lat przeważa nad liczbą mężczyzn; 116 : 100 /średnia krajowa wynosi 105 : 100/.

Łódź cechuje wybitnie duża aktywność zawodowa kobiet, wynosząca 50,3% zatrudnionych.

W Polsce kobiety stanowią średnio 45% ogółu zatrudnionych, w rozwiniętych gospodarczo krajach około 40%. Nigdzie jednak w krajach zachodniej Europy nie pracuje tak wielki procent kobiet w przemyśle jak w Polsce. Łódź bije pod tym względem rekordy: w przemyśle włókienniczym kobiety stanowią 70% zatrudnionych!

W świetle tych liczb zrozumiała staje się fakt, że Łódź ma największą w Polsce umieralność niemowląt /w Łodzi 21,9%, w Polsce 18,3%/, że w Łodzi jest najniższy w kraju przyrost naturalny. Województwo łódzkie zajmuje ostatnie miejsce w kraju pod względem płodności kobiet /współczynnik o 26% niższy od średniego krajowego/, urodzeń żywych /współczynnik niższy o 25,6%/, reprodukcji ludności /współczynnik niższy o 30%/.

Zdrowie włóknienek

Epidemiologiczne badania wskazują, że 2/3 włóknienek, zatrudnionych w Łodzi, cierpi na przewlekłe choroby, związane z trudnymi warunkami ich pracy.

Do tej pory 28,4% pracownic przemysłu włókienniczego Łodzi objętych jest pracą trójzmianową. W tym systemie pracują m.in. innymi trzy największe zakłady: UNIONTEX, POLTEX i "1 MAJA".

Nasilenie hałasu na 90% /dziewięćdziesięciu procentach/ stanowisk

pracy w tkalniach i przędzalniach przekracza 90 decybeli, czyli i tak za wysoką normę dopuszczalną w Polsce. Ubytek słuchu różnego stopnia stwierdza się u 40 do 80% włókniarek i włóknarzy. Niedosłuch najczęściej reprezentowany jest w tych zakładach, gdzie wykonano więcej badań audiometrycznych. Nie są one jednak wykonywane powszechnie.

Następnym czynnikiem o znaczeniu chorobotwórczym jest szkodliwy mikroklimat. W przędzalni, tkalni i wykończalni od 80 do 100% członków załóg robotniczych przebywa poza pasem komfortu cieplnego, w upale i wilgoci. Kobiety przy maszynach włókienniczych stale poddawane są wibracji. Jak będzie później mowa, jest to jedna z głównych przyczyn poronień, przedwczesnych porodów, a także obfitych miesiączek i zmian kostnych.

Dalszym zagrożeniem jest wysokie, wynoszące ponad 4 mg/m^3 stężenie pyłów, wśród których połowę stanowi bardzo toksyczny dwutlenek krzemu - SiO_2 . Zagrożonych ekspozycją na SiO_2 jest 40% stanowisk pracy w łódzkim przemyśle włókienniczym /u Marchlewskiego - 65%/.

Przyczyną stale pogarszającego się stanu zdrowia załóg jest niespotykany już w świecie stan techniczny zakładów: Park maszynowy pochodzi w 16% z lat 1897 - 1910, z okresu "Ziemi Obiecanej"; Nowe maszyny ustawa się obok starych. Na skutek braku części zamiennych ich stan szybko się pogarsza i powodują one hałas i wibracje tak prawie jak stare. W produkcji stosuje się szkodliwe dla zdrowia, przestarzałe technologie.

Na przykład zakłady przemysłu jedwabniczego "CHEMITEK-ANILANA" zatrudniają pracowników akrylonitrylem, uszkadzającym układ krwiotwórczy i nerwowy. Najwyższe dopuszczalne stężenie akrylonitrylu w pomieszczeniu fabrycznym w Polsce ustalono na 10 mg/m^3 .

W roku 1981 zaprzestano w Anilanie produkcji jedwabiu metodą włoskowską. Zmalała od tego czasu liczba ostrych zatruc dwusiarczkiem węgla. Nadal jeszcze ujawniają się przypadki przewlekłych zatruc.

Według badań M.Kubasiewicza i wsp. - choroby krążenia występowały u 37% zatrudnionych kobiet, narządu ruchu - u 30% /wibracja, praca stojąca/, układu trawiennego u 17%, układu nerwowego u 13%, oddechowego u 11%, zylaki u 19%.

Tylko 30% kobiet - tych najmłodszych i krótko pracujących - można było uznać za zdrowe. Współczynnik chorobowości wzrastał z wiekiem dwukrotnie szybciej niż u mężczyzn. Na przykład choroby narządu ruchu u kobiet po 29 roku życia występowały u 6% całej grupy wiekowej, a u kobiet w wieku 50 - 59 lat u 55%, czyli 9 razy częściej.

Chorobami najczęściej gnębiącymi włókniarzki są: zylaki kończyn dolnych, zwyrodnienie kostno-stawowe, choroby układu krążenia, w tym nadciśnienie tętnicze /2 razy częściej niż u kobiet niepracujących/, dalek przewlekły nieżyt oskrzeli, nerwice, niedokrwistość.

Do 29 roku życia najczęstszą przyczyną chorób w przemyśle włókienniczym była u kobiet nerwica, u mężczyzn - choroba wrzodowa.

Absencja chorobowa kobiet w przemyśle włókienniczym jest o 30% większa niż u mężczyzn. Zapadają one na zdrowiu częściej na skutek przeciążenia organizmu w układzie praca - gospodarstwo domowe.

Kobieta - włókniarzka i ciąża

Najbardziej niekorzystny wpływ na przebieg i donoszenie ciąży mają:

1. wymuszona pozycja przy pracy /stojąca lub pochylona/,
2. podnoszenie ciężarów,
3. stopień nasilenia hałasu,
4. mikroklimat środowiska pracy /wilgoć, gorąco/,
5. wibracja ogólna i miejscowa /np. przenoszona przez ręce/.

Badania porównawcze przeprowadzone u kobiet zatrudnionych w przemyśle w Warszawie i Łodzi wykazały, że uciążliwość pracy niekorzystnie wpływająca na ciążę są znacznie wyższe u nas w Łodzi. Wiąże się to ze strukturą naszego przemysłu i jego anachronizmem technicznym.

Liczba poronień zarówno w 1-ym jak i w 2-im trymestrze ciąży jest statystycznie znacznie wyższa u kobiet zatrudnionych w przemyśle, transporcie i handlu w stosunku do kobiet niepracujących i zatrudnionych w innych zawodach. Najwyższą liczbę poronień zanotowano u włókniarek, narażonych zawodowo na wibrację i hałas:

Kobiety zatrudnione w przemyśle "lekkim" rodzą w znacznie wyższym niż inne procencie noworodki o małym ciężarze ciała lub noworodki tzw. "small for date". Stwierdza się również u włókniarek szczególnie wysoki procent noworodków przedwcześnie urodzonych /wcześniaków/, a wśród nich niezdolnych do życia lub z wadami wrodzonymi.

Już w chwili poczęcia stan zdrowia pracownic przemysłu lekkiego często nie jest zadowalający. Warunki pracy, głównie wilgoć, gorąco, wibracja powodują u nich bolesne i krwotoczne miesiączki oraz niedokrwistość wtórną. Żyłki kończyn dolnych /choroba włókniarek/ bywają przyczyną powikłań poporodowych /zakrzepowo-zatorowych/. Wszystko to od początku wpływa niekorzystnie na przebieg ciąży:

Umieralność niemowląt wzrasta jeszcze z powodu niekorzystnych warunków bytowo-higienicznych. Coraz mniej kobiet karmi piersią, coraz więcej pali papierosy. 22% wszystkich ankietowanych włókniarek określa swe warunki mieszkaniowe jako zdecydowanie złe:

U młodych, 20-29-letnich kobiet, potencjalnych i faktycznych matek odsetek ten wzrósł do 46%! Niemowlęta w zagęszczonych mieszkaniach są stale narażone na infekcje; w Łodzi, mieście w którym co czwarty dorosły choruje na przewlekłe, a połowa pozostałych co najmniej jeden raz

w roku ma ostre infekcje górnych dróg oddechowych.

Niemowlęta nie zawsze mogą być dopatrzone przez matkę, która po urlopie macierzyńskim wraca do zmianowej pracy; aż 14% niemowląt jest oddawanych w Łodzi do żłobków / 6.000 dzieci pracujących matek/.

W Łodzi istnieją zakłady pracy chronionej, które należy uznać za bardzo pożyteczne. Wywojewali je lekarze-społecznicy. Niestety - jest w nich tylko 1.000 miejsc. Od 1981 roku nie powstał żaden nowy. Tylko połowa zatrudnionych w przemyśle kobiet, czyli nieco powyżej 100 000, jest pod opieką przemysłowej służby zdrowia. W 31 zakładach i międzyzakładowych poradniach "K" pracuje... 29 ginekologów. Ktoś "mądry", a przy władzy, wstrzymał w swoim czasie specjalizację z położnictwa i ginekologii.

Matka i dziecko

Przyrost naturalny w Łodzi systematycznie obniża się; w Polsce wynosi 0,8 - w Łodzi - 0,02:

Umieralność niemowląt - 21,9%, przy średniej krajowej 18,3% /jest to liczba zgonów niemowląt na tysiąc urodzeń - w krajach zachodnich wynosi ona od 11 do 14%/.

Liczba urodzeń żywych w 1985 roku zmniejszyła się o 5,9% w stosunku do roku poprzedniego i wyniosła 16:098.

Wśród zgonów noworodków /czyli do 7 dnia życia/ na pierwsze miejsce wysuwają się zaburzenia związane ze skróconym trwaniem ciąży i niskim ciężarem urodzeniowym. Spośród 16:098 noworodków aż 1:598 miało wagę 1:001 - 2:500 g. 1:485 udało się uratować, 113 zmarło po urodzeniu.

W pozostałej grupie jest pewna liczba dzieci o opóźniony rozwój, także i umysłowym, skłonnych do chorób, część z nich umrze w dzieciństwie. 54 noworodki miały wagę 601 - 1.000 g - z czego 41 zmarło po urodzeniu.

Liczba oficjalnych przerwania ciąży w tzw. społecznej służbie zdrowia podawana jest na 2:440 przypadki w 1985 roku. Innych poronień zanotowano 1:920 /czyli więcej niż 10% liczby porodów/. Liczba przerwania ciąży w gabinetach lekarskich i spóldzielniach jest nieznana. Szacuje się, że jest ona wyższa i znacznie przekracza liczbę odbytych porodów.

Smutną sprawą jest, że w Domach Małego Dziecka przebywa aktualnie w Łodzi 268 dzieci, z których żadne nie było sierotą faktyczną. Oboje rodziców miało 165, pozostałe 103 były dziećmi samotnych matek.

Pijaństwo i alkoholizm

Ilościowa ocena rozmiarów patologii alkoholowej jest jedynie przybliżona /podobnie jak w statystyce krajowej/, gdyż nie opracowano metody badań epidemiologicznych w tym przedmiocie. Przyjęto u nas oceniać

wielkość zagrożenia alkoholowego populacji według ilości alkoholu /w przeliczeniu na etanol stężony/ spożywanego w danym roku przez statystycznego Polaka.

Ilość ta według różnych źródeł waha się od 8 do 11 l. Według powyższego kryterium woj. łódzkie, a głównie aglomeracja Wielkiej Łodzi znajduje miejsce w pierwszej dziesiątce województw /orientacyjnie 4-5 miejsce/.

Zaopatrzenie w spirytus i wódkę, mimo niskich dochodów na 1 mieszkańca, jest wyższe o 43% niż średnio w kraju, a o 38% niż w woj. poznańskim, mimo jego turystycznego charakteru.

W rozpatrywanym problemie istotne jest odróżnienie masowej konsumpcji alkoholu, tzn. nadzwyczaj rozpowszechnionego w Polsce pijaństwa, od jego postaci chorobowej, tzw. zespołu uzależnienia od alkoholu.

Według danych światowych zespół uzależnienia powstaje u około 10% nadużywających alkoholu. Ten wskaźnik jest prawdopodobnie znacznie wyższy w naszym kraju, co wiąże się ze spożywaniem mocnych trunków, częstym i w dużych ilościach.

Np. wśród osób kierowanych na badania przez biegłych z terenowych komisji ds. przeciwdziałania alkoholizmowi lub sądów rejonowych, uzależnienie od alkoholu jest rozpoznawane u 30% badanych. Spośród 1700 zgłoszonych do komisji i wezwanych przez nie do badania, zgłosiło się jedynie 370 osób. Pozostałe nie reagowały na wezwania.

Ogólna liczba alkoholików zarejestrowanych w łódzkich poradniach odwykowych wynosi około 30.000. Odsetek kobiet wzrasta w ostatnich latach do 20 - 25%. Obserwuje się także wzrost liczby młodocianych nadużywających alkohol.

Wydaje się jednak, że wykrywalność przypadków alkoholizmu ujawnia się nie więcej niż 20% uzależnionych lub poważnie zagrożonych uzależnieniem i innymi chorobowymi następstwami nadużywania alkoholu /różne formy zatruć ostrych i przewlekłych, następstwa somatyczne i psychotyczne, alkoholowy zespół płodowy itp./.

Wydaje się także, że w leczeniu ogólnym i specjalistycznym pozapsychiatrycznym i odwykowym za mało się zwraca uwagę na alkoholową genę całego szeregu schorzeń.

Charakterystyczne jest u nas nadal cedowanie problematyki przeciwdziałania alkoholizmowi na służbę zdrowia, głównie na jej pion psychiatryczno-odwykowy, przy stosunkowo słabych działaniach zapobiegawczych instytucjonalnych i społecznych. Pijaństwo i upośledzenia sprawności rodzinnej, społecznej i prawno-obywatelskiej stąd wynikające, nie są do opanowania przez działania medyczne.

Narkomania

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii obejmuje mianem narkotyków wszelkie rodzaje środków odurzających i uzależniających, od opiatów /przetwory słomy makowej/ do rozpuszczalników organicznych. Według danych Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej województwo łódzkie znajduje się na 14 miejscu pod względem liczby zagrożonych lub uzależnionych od substancji odurzających:

Liczbę uzależnionych od heroiny szacuje się na kilkaset /300-400/ osób w wieku 18 - 30 lat. Brakuje natomiast orientacyjnych danych o do liczby używających innych środków odurzających, np. nieletnich "wąchaczy" klejów lub toksycznych rozpuszczalników organicznych.

W ostatnich dwóch latach moda na "wąchanie" jakby zmalała. Z drugiej jednak strony narasta używanie preparatów konopii, także krajowych /haszyszyzm/.

Działania służby zdrowia w Łodzi w zakresie zwalozania i leczenia narkomanii są na ogół ograniczone głównie do detoksykacji stanów ostrych i podostrych /oddziały psychiatryczne Szpitala im. Babińskiego, II Klinika Psychiatryczna AM, Wojewódzka Poradnia dla Narkomanów, poradnie odwykowe/.

Leczeniem i rehabilitacją narkomanów zajmują się placówki MONAR reprezentowane w Łodzi przez: Punkt Konsultacyjny MONAR, Ruch Młodzieżowy na rzecz MONAR-u, Ośrodek Rehabilitacyjny MONAR dla młodzieży.

Posiadane dane liczbowe o działalności placówek MONAR w Łodzi nie świadczą o lokalnej wielkości zjawiska, gdyż zasadą działań MONAR-u jest leczenie i rehabilitacja uzależnionych z dala od miejsca zamieszkania.

Pomoc społeczna

Na miejsca w Domach Pomocy Społecznej czeka aktualnie około 600 - 650 osób. Miejsc we wszystkich typach domów jest 2:845 /18 domów/.

Bardzo kontrowersyjną instytucją jest "kombinat" dla przewlekle chorych przy ul.Łódzowej na przeszło 1:000 osób /obecnie jest 220/ . Domy te były uprzednio zaplanowane dla OHP. W tak wielkim obiekcie trudno zindywidualizować opiekę, prowadzić rehabilitację, dać przewlekle chorym godne warunki.

Już obecnie przy Łódzkiej młodzi ludzie np. z porażeniem ruchowym, sprawni umysłowo, przebywają razem ze starcami w pełnej demencji.

Uderza bardzo mała liczba miejsc w domach dla rencistów - 450 na wszystkie 2:845 miejsc /dla przewlekle chorych/.

Inwalidzi

Liczba inwalidów zarejestrowanych do zatrudnienia wynosi 4:610,

zatrudnionych jest 3.980 - przeszło 600 czeka na miejsce pracy. Mogłoby pracować jeszcze więcej inwalidów, lecz z powodu braku wózków, samochodów, odpowiedniego oprzyrządowania ortopedycznego a nawet wind w domu itp. nie mogą ruszyć się ze swoich mieszkań. Jest to sprawa tragiczna dla młodych, dotkniętych kalectwem ludzi, mało znana opinii publicznej.

List do Redakcji

ZWIERZENIA /UMIARKOWANEGO/ OPTYMISTY

"Postanowiłem zrobić się optymistą"

B:Prus

Stwierdzenie, że ani chorzy ani pracownicy służby zdrowia nie są zadowoleni z naszego leczenia, jest banałem. Kto ma wątpliwości, czy niezadowolenie jest uzasadnione, niech anonimowo zasięgnie porady w jakiegokolwiek przychodni. Nie życzyłbym nikomu przekonania się na własnej skórze, jak wygląda pobyt w przeciętnym, zwykłym szpitalu niesprawnego chorego skazanego na łaskę niechętnych salowych i pielęgniarek, nie mających czasu lekarzy, niesprawnej aparatury, przy permanentnym braku leków i w warunkach higienicznych urągających niejednokrotnie podstawowym zasadom higieny. Odmienne obraz ten jest odbierany przez personel przyzwyczajony do utrwalonego porządku rzeczy.

Wiadomo, że służba zdrowia jest niedoinwestowana, personel kiepsko opłacany, zarządzająca, często o nie najwyższym morale, leków nie ma, bo krajowy przemysł farmaceutyczny niedomaga, a pieniędzy na import brak /oj, ten Reagan!.../. Nie brakuje za tu uchwał "o dalszym doskonaleniu i rozwoju"...

Oczywista /dla zarządców peerelu/ jest podstawowa przyczyna fatalnego stanu większości /jeśli nie wszystkich/ dziedzin: ludziom nie chce się pracować! Dziwne tylko, iż ci sami ludzie, znalazłszy się zagranicą, są cenieni jako wartościowi, utalantowani i pełni inicjatywy pracownicy.

Dobrze by więc było, gdyby Drodzy Towarzysze uderzyli się we własne piersi i przestali obciążać społeczeństwo winą za integralnie związane z ustrojem realnego socjalizmu totalny bałagan, marnotrawstwo i nieudolność kadr kierowniczych. Ale dość tych biadań, nie uwzględniających zapewne realiów, a być może nawet konstytucyjnych zasad oraz uwarunkowań geopolitycznych... Uważam się za umiarkowanego optymistę i wciąż nie sądzę, by niereformowalność ustroju w naszym kraju została w pełni udowodniona. Może jednak da się coś zmienić na lepsze /bo-daj ciut-ciut?/:

Poniższych parę propozycji usprawnienia opieki zdrowotnej można by realizować już teraz lub w najbliższej przyszłości, nie naruszając obowiązujących w peerelu dogmatów /jak "bezpłatna służba zdrowia"/.

A. Wprowadzenie instytucji lekarza domowego na modłę brytyjską, odpowiednio wyposażonego /środek lokomocji, gabinet lekarsko-pielęgniarski przy mieszkaniu/ i odpowiednio, bardzo wysoko opłacanego. Instytucja lekarza domowego mogła by być sprzężona z zasadą wolnego wyboru lekarza /wybór lekarza w obrębie konkretnej jednostki terytorial-

nej, np: dzielnicy lub gminy/ oraz legalizacją odpłatnego udzielania porad osobom spoza własnego rejonu.

Rozwiązanie to satysfakcjonowałoby tak chorych /możliwość zasięgnięcia porady u lekarza, którego obdarza się zaufaniem/ jak też lekarzy /rekompensata materialna/. Można sądzić, że odpowiednio opłacane stanowisko lekarza domowego, zatrudnionego na podstawie ostrego konkursu i społecznie weryfikowanego, byłoby trudnym, ale atrakcyjnym miejscem pracy:

Wiele zagadnień praktycznych wymagałoby oczywiście dodatkowej szczegółowej analizy. Warunkiem niezbędnym byłoby stworzenie rzeczywiście pociągających warunków materialnych, konkurencyjnych do warunków zarobkowych na dowolnym innym stanowisku w ochronie zdrowia /nawet po uwzględnieniu dochodów płynących z nielegalnej "czarnej" praktyki/.

Nadzór fachowo-etyczny; sprawowany przez niezależną samorządową instytucję w rodzaju izby lekarskiej, weryfikacja społeczna wyrażająca się dużą liczbą zarejestrowanych podopiecznych, ustalenie obiektywnych kryteriów poprawy stanu zdrowia w rejonie przy możliwie rzadkim angażowaniu innych placówek służby zdrowia, powinny warunkować funkcjonowanie lekarza domowego.

Spore środki finansowe potrzebne do realizacji idei lekarza domowego uzyskanoby dzięki znacznemu odciążeniu Pogotowia Ratunkowego /Pomocy Doraźnej/ i ograniczeniu jego zadań do wypadków ulicznych i ostrych zachorowań zagrażających życiu. Zmniejszyłby się też napór chorych na szpitale:

Wprowadzany obecnie eksperymentalnie wolny wybór lekarza problemu poprawy sprawności leczenia otwartego nie rozwiązuje. Nadal stanowisko lekarza rejonowego jest i będzie uważane za smutną konieczność a nie za świadomy wybór:

B: Zmniejszenie niedoboru łóżek szpitalnych drogą budowy lub adaptacji do celów całodobowego lub dziennego pobytu budynków o podstawowym wyposażeniu, w których przebywać by mogli pacjenci nie wymagający szpitalnej diagnostyki ani intensywnej terapii. Poza zaspokojeniem potrzeb bytowych potrzebna by w nich była stała opieka pielęgniarska i niestała - lekarska:

Narastająca liczba pacjentów tego typu warunkowana jest przez trudne warunki socjalne, przede wszystkim mieszkaniowe. Osoby starsza, z przewlekłym niedomaganiem wymagającym okresowo porady lekarskiej, stanowią "zawadę" w ciasnym mieszkaniu, są kierowane do szpitala, zwłaszcza jeżeli praca zarobkowa wszystkich dorosłych członków rodziny nie umożliwia zapewnienia opieki domowej.

Osoby te, hospitalizowane na oddziałach wewnętrznych głównie, blo-

kują wiele miejsc. Analogiczne rozwiązanie winno dotyczyć lecznictwa psychiatrycznego, gdzie niedobór łóżek szpitalnych jest jeszcze drastyczniejszy:

Należałoby też zaprzestać fasadowego budownictwa /jak Szpital Matki Polki czy Centrum Zdrowia Dziecka/, jak też kosztownych, nieopłacalnych remontów /np. we Wrocławiu klinik akademickich przy ul. Pasteura 4, gdzie koszt jednego łóżka wyniósł ponad dwa miliony złotych/. Środki te powinno się wykorzystywać rozsądniej:

C. Niedobór średniego i niższego personelu służby zdrowia już obecnie zagraża koniecznością zamknięcia niektórych oddziałów szpitalnych. Fachowy personel odchodzi do innej pracy, nie ma kandydatów na salowych i sanitariuszy w szpitalach:

O ile lekarz, którego prestiż społeczny jest /o dziwo!/ jeszcze wciąż nie całkiem niski, kosztem dodatkowego, wyniszczającego obciążenia jest w stanie zarobić na znośny standard życiowy /nie można tu przeoczyć faktu, że nędzne warunki płacowe lekarzy polskich stanowią osobliwość nispotykaną ani na Wschodzie, ani na Zachodzie/, o tyle bez wydatnej podwyżki płac dla średniego i niższego personelu medycznego, zrównującej co najmniej tę grupę pracowników z sektorem produkcyjnym, trudno sobie wyobrazić dalsze funkcjonowanie szpitalnictwa:

Rozwiązaniom doraźnym stosowanym obecnie /praca kandydatów na studia, więźniów/ w sukurs mogłyby przyjść rozwiązania prawne zezwalające na odbywanie zastępczej służby wojskowej w placówkach służby zdrowia:

Sądzę, że realizacja powyższych przedsięwzięć może doprowadzić do wydatnej poprawy funkcjonowania ochrony zdrowia, a więc także i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Mamy sobie jednak zdawać sprawę, że stan zdrowia społeczeństwa zależy przede wszystkim od czynników pozamedycznych: stopnia zanieczyszczenia powietrza, wody, pokarmów, warunków mieszkaniowych, środowiska pracy, komunikacji i in. z jednej strony, z drugiej zaś od nawyków odżywczych, higienicznych, stosowanych używek /papierosy, alkohol/. W istniejącym stanie rzeczy efektywne działania profilaktyczne raczej nie mają większych szans:

A co dalej?

Zasadniczego usprawnienia służby zdrowia możnaby oczekiwać wówczas, kiedy by było wiadomo, co ile kosztuje. Dopóki nie mamy prawdziwego pieniądza, a ceny złotych towarów i usług wszelkiego rodzaju są ustalane arbitralnie - nie można się spodziewać ani poprawy gospodarczej, ani też przełomu w funkcjonowaniu lecznictwa:

Gdyby zostały wprowadzone do gospodarki mechanizmy ekonomiczne /a co - pomarzyć sobie nie wolno!/, niezbędna by była rezygnacja z sze-

regu zasad, jak np. zasada pełnego zatrudnienia. Pociągnięcie takie, dotkliwe i niełatwe do zaakceptowania, wymaga zrozumienia, iż reguła pełnego zatrudnienia jest równoznaczna z wypłacaniem /bardzo niskiego zresztą/ zasiłku dla bezrobotnych setkom tysięcy ludzi, którzy są zatrudnieni, ale nie pracują.

Podobnie - likwidacja kosztownej "bezpłatnej społecznej służby zdrowia" i zastąpienie jej systemem, w którym byłoby wiadomo, kto, za co i ile od Państwa, tj. od nas wszystkich otrzymuje - byłoby możliwe wówczas, kiedy sens takiej reformy /musiałaby ona zresztą dostatecznie zabezpieczyć interesy najbiedniejszych/ zostałyby zaakceptowane przez społeczeństwo.

W obliczu krańcu tzw. reformy gospodarczej i wycofania się do centralizacji zarządzania, wypróbowanej w ciągu czterdziestu lat z widocznym skutkiem, rozważania te stają się bezprzedmiotowe.

Jerzy Trójgraniec

"SZKODLIWE ZŁUDZENIA" - POLEMIKI

W numerze 12 Zeszytów zamieściliśmy dwugłos na temat osławionego preparatu prof. Tołpy. Otrzymaliśmy w związku z tym kolejne listy czytelników, które zamieszczamy poniżej. Redakcja nie zmienia swego krytycznego stanowiska do sprawy prof. Tołpy. /RED./

Czy rzeczywiście moje "szkodliwe złudzenia"

Razem z notatką o preparacie prof. Tołpy ukazał się głos Zeszytów Niezależnej Myśli Lekarskiej pt. "Szkodliwe złudzenia", dyskutujący z teząmi - ale czy rzeczywiście moimi?

Po pierwsze - cytat: "Na początek jednak trzeba powiedzieć, że MMS wychodzi z błędnych założeń: Z takich mianowicie, że po pierwsze - preparat prof. Tołpy jest lekiem przeciwnowotworowym..". W mojej notce nigdzie nie napisałam, że jest to lek, ale mówiłam o preparacie i wspominałam, że poszczególne serie preparatu różniły się składem...

Napisałam również "w prowadzonych dotychczas badaniach nie wykazano natomiast bezpośredniego wpływu cytostatycznego preparatu Tołpy".

Po drugie - badania nad preparatem były dotychczas prowadzone w różnych Ośrodkach Badawczych, wszędzie wyrywkowo.

Wyniki badań prowadzonych w jednym z Zakładów w Stanach Zjednoczonych były następujące:

podawano preparat Tołpy /serię, którą im zawieziono/ 2 grupom myszy:

I grupa myszy zdrowych,

II grupa myszy chorych na raka.

Grupę myszy zdrowych podzielono na 2 podgrupy - w jednej podgrupie podawano preparat, w drugiej nie.

Grupa myszy chorych również została podzielona na 2 podgrupy: w jednej podawano preparat Tołpy, w drugiej nie.

W pierwszym etapie doświadczenia stwierdzono, że w podgrupie myszy chorych preparat nie wywarł pozytywnego działania.

W drugim etapie wszczepiono komórki nowotworowe myszom obu zdrowych podgrup. Stwierdzono, że w grupie myszy karmionych preparatem Tołpy choroba rozwinęła się u statystycznie znacznie mniejszej liczby myszy.

Badań nie kontynuowano z powodu trudności z uzyskaniem preparatu.

Po trzecie - określenie "wierzący w jego skuteczność" /preparatu Tołpy odnosiłam nie do lekarza, ale pacjenta - dodałam komentarz "tonący brzytwy się chwytą" /przecież nie lekarz! w tym kontekście/.

Nie muszę chyba tłumaczyć ZNML, jak istotny jest stan psychiczny pacjenta - szczególnie pacjenta nieuleczalnie chorego. I tutaj wracam

do pierwszego pytania, jakie zadałam w mojej notce: "Jaka jest odpowiedzialność moralna ludzi, którzy rozpętali tę aferę...".

Nigdzie nie napisałam, że lekarze powinni stosować ten preparat jako lek i myślę, że sugestia zawarta w głosie ZNML jest dla mnie obrażająca.

Nie bronię profesora Tołpy, nie jestem zwolenniczką leczenia jego preparatem. Ale widziałam chorych, których stan był z medycznego punktu widzenia beznadziejny, a którzy przyjmowali preparat Tołpy. Nie zauważyłam, aby im pomógł, ale psychicznie czuli się lepiej, wierzyli, że mają szansę - i to było w ich ostatnich dniach istotne.

Widziałam również pacjentów, którym nie udało się zdobyć preparatu, mimo że bardzo im na tym zależało. Byli zrozpaczeni, gdyż wierzyli /pacjenci, a nie lekarze/, że gdyby dostali preparat - mieliby szansę.

I tutaj przechodzimy do kolejnego argumentu ZNML - "znane są przypadki zaniechania skutecznej, współczesnej terapii na rzecz preparatu prof. Tołpy". Czy ZNML zastanowiły się, dlaczego? Myślę, że z tych samych powodów, dla których część pacjentów korzysta z usług medycyny niekonwencjonalnej /np. różdżkarstwo/, rezygnując z medycyny oficjalnej. Z powodu narastającego formalizmu i obojętności wobec pacjentów wśród tzw. służby medycznej. Jakże często chorzy traktowani są jak "przypadek", a nie człowiek potrzebujący wszechstronnej pomocy.

Ile czasu lekarze przeciętnie spędzają przy łóżku nieuleczalnie chorego, ale nie na wykonywaniu czynności lekarskich /wywiad, badanie, leczenie/, a na zwykłej ludzkiej rozmowie.

"...Tylko kroplówki są współczesną skuteczną metodą leczenia, o znanych mechanizmach, stosowaną w krajach o najwyższym poziomie medycyny, a preparat Tołpy jest bez znaczenia" - być może jest to prawda /czy to, że preparat na pewno nie jest cytostatykiem wyklucza, niezbadane dotychczas dokładnie, możliwości innego działania/, ale prawda lekarza, a nie umierającego człowieka i jego zrozpaczonej rodziny.

Skoro już w naszym kraju zaistniała wokół preparatu Tołpy taka legenda, to trzeba rzetelnych dowodów, aby ją obalić. Dopóki tak się nie stanie, to nie odbierajmy ostatnich złudzeń tym, wobec których choroby jesteśmy bezradni. Tym bardziej, że zwykle nie oferujemy im nic w zamian - nawet zwykłego, ludzkiego ciepła.

Natomiast podpisuję się obiema rękami pod ostatnim zdaniem: "... to jest prawdziwa zbrodnia, dokonana z premedytacją, dla uspokojenia ludzi i odwrócenia uwagi opinii publicznej:::":

Podsumowując, chciałabym tylko powiedzieć, że Autor notatki "Szkodliwe złudzenia" nie był uprzejmy przeczytać dokładnie tego, co napisałam: Myślę, że unosząc się na fali emocji wywołanej oficjalnymi

wypowiedziami na ten temat, potraktował moją notatkę, jako pretekst, aby napisać, co myśli na ten temat "tak w ogóle". Natomiast bardzo brzydko postąpił z moim tekstem /chyba nawet nieuczciwie/ - przepraszam, ale to chyba szkoła Urbana - posługując się wyrwanymi z kontekstu zdaniami i interpretując je w sposób całkowicie dowolny i dla siebie dogodny /np. patrz akapit - kto wierzy - pacjent, czy lekarz/.

Myślę, że komentarz ZNML należy potraktować jako komentarz do enuncjacji Tele-Ekspresu, ale nie moich.

Bardzo mi przykro,

MMS

x x x

"Szkodliwe złudzenia" - czyli jak powinniśmy czytać

Z dużym zainteresowaniem zapoznałem się z umieszczonym w 12 numerze "Zeszytów Niezależnej Myśli Lekarskiej" dwugłosem w sprawie preparatu prof. Tołpy. Zdziwiło mnie jednak stanowisko "ZNML" p.t.: Szkodliwe Złudzenia. Redakcja poświęca miejsce, papier i ogromną żarliwość w celu wykazania niesłuszności tezy, której nikt nie głosi.

W głósie z Wrocławia MMS. opisuje perypetie "p r e p a r a t u" prof. Tołpy, podkreślając, że nawet niektórzy twierdzą, że nie można mówić o "preparacie" ze względu na niejednakowy skład kolejnych serii wytworu. Doceniając ostrożność autorki trzeba powiedzieć, że zgodnie z definicją "preparat" jest to "byt przetworzony". I w takim ujęciu wytwór prof. Tołpy jest bez wątplenia preparatem, choć mówiąc generalnie właściwiej chyba byłoby mówić o "preparatach" prof. Tołpy.

Niestety, Redakcja nie rozróżniła dwóch pojęć stosowanych w odniesieniu do podawanych pacjentom czynników. Traktuje mianowicie wyrazy "preparat" i "lek" jako synonimy. Jestem zmuszony podkreślić, że zarówno z logicznego, jak i z formalnego punktu widzenia jest to błąd.

W układzie logiki zbiory preparatów i leków są zbiorami częściowo pokrywającymi się wzajemnie, co oznacza, że nie wszystkie leki są preparatami, i nie wszystkie preparaty są lekami. W układzie formalno-prawnym pod pojęciem leków rozumiemy surowce farmaceutyczne oraz ich mieszaniny, które w drodze procesu technologicznego zostały przygotowane w postaci nadającej się do zastosowania w zapobieganiu, rozpoznaniu bądź leczeniu chorób ludzi i zwierząt, oraz zostały wpisane do rejestru środków farmaceutycznych. Tak więc teza redakcji o błędności założeń MMS jest błędna.

Kolejnym błędem Redakcji jest stawianie zarzutów pod adresem prof. Tołpy, bez podania źródła informacji. Cecha uczciwej prasy jest podawanie wyłącznie w pełni sprawdzonych, weryfikowanych informacji. Sta-

wianie tezy poddającej w wątpliwość rzetelność prof. Tołpy jest naganne w szczególności wobec zmiennego kręgu czytelników, do których może nie dotrzeć ewentualne sprostowanie redakcji.

I wobec podanych powyżej uwag bezprzedmiotowe stają się dywagacje redakcji na temat uprawnienia do stosowania leku prof. Tołpy - bo takiego leku nie ma.

Ale to, że nie ma, nie oznacza, że nie będzie. Niezbędne są tylko badania, badania i jeszcze raz badania. A teza, że finansowanie badań prof. Tołpy jest zbrodnią, jest, łagodnie mówiąc, nieprzemysłana.

Ekstrapolując ją na inne dziedziny życia, wracamy do nieodżałowanej pamięci lat 70-tych, w których właśnie twierdzono, że nie stać nas na własne pomysły. Efektem jest to, że nie tylko leków przeciwnowotworowych, ale i waty brakuje w tym państwie.

F.S:

Magdalena Sokółowska

O KSIĄŻCE "KOBIETA POLSKA LAT OSIEMDZIESIĄTYCH"

Przed wszystkim chciałabym pogratulować Społecznej Komisji Zdrowia wydania tej książki i to w przeciągu zaledwie kilku miesięcy. U autorów, czekających po kilka lat na ukazanie się ich książek w PWN, PZWL, PWE, itp., budzi to rozmaite refleksje. Chciałabym również przyklasnąć wyborowi tematu. Wybór ten świadczy o dobrym wyczuciu doniosłości problematyki, która nie doczekała się jeszcze odpowiedniego opracowania.

Na mapie wiedzy o aktualnej sytuacji społecznej kobiet w Polsce iatnieją poważne luki. Znałe mi prace naukowe w tej dziedzinie odnoszą się do lat siedemdziesiątych lub wcześniejszych. Nie ma natomiast systematycznych badań lat osiemdziesiątych, które przyniosły znaczne zmiany w życiu kobiet. Społeczna Komisja Zdrowia słusznie więc zleciła "zespółowi socjologów w jednym z największych ośrodków akademickich" przeprowadzenie badań na ten temat.^{x/}

Może tylko nieco zbyt mocne wydaje się twierdzenie, że "prawda o sytuacji społecznej i gospodarczej kobiet jest zniekształcona lub ukrywana przez oficjalną propagandę". Wiele informacji na ten temat zamieszcza ciągle prasa oficjalna, niektóre dane można znaleźć w wydawnictwach rozmaitych urzędów państwowych, a przede wszystkim istnieją publikacje autorstwa socjologów, demografów, ekonomistów, prawników, psychologów, lekarzy; zawierają one wiele interesujących danych:

I właśnie głównie na nich oparli się autorzy omawianej książki, o co mam pewną pretensję, gdyż stosunkowo mało jest odkrywczych wątków. Może zbyt mało, żeby tłumaczyć się w późni wydanie tej książki w obiegu nieoficjalnym:

Tytuł książki jest nieco na wyrost, gdyż składa się ona z siedmiu odrębnych całości: 1: Profil demograficzny i zdrowotny; 2: Rodzicielstwo a zdrowie kobiety; 3: Kobieta na rynku pracy; 4: Praca zawodowa a inne role społeczne kobiety; 5: Praca zawodowa w świadomości zatrudnionych kobiet; 6: Warunki życia, praca i świat wartości zatrudnionych kobiet; 7: Kobieta na łamach swoich popularnych czasopism.

Nie ma jakiegoś ogólnego wprowadzenia, które mogłoby zorientować czytelników co do zasadności wyboru właśnie takich tematów, ich ujęcia, spójności, myśli przewodniej. Nie ma też bardzo potrzebnego rozdziału końcowego, zawierającego np. syntezę poszczególnych rozdziałów,

^{x/} Należało może wyraźniej zaznaczyć, że chodzi o sytuację społeczną.

generalną dyskusję oraz nasuwające się wnioski dla nauki i praktyki.

Ktoś spoza grona autorów napisał podsumowanie, które jest jedynym takim ogólnym tekstem. Zostały w nim trafnie wskazane najwartościowsze ustalenia zawarte w poszczególnych pracach, ale nie jest to wystarczające zakończenie książki pod tym tytułem.

Wrażenie, że jest ona raczej luźnym zbiorem poszczególnych artykułów, potęguje brak ręki redaktora, który by wprowadził jakiś porządek ce do formy poszczególnych prac, np. w zakresie przytaczanego, względnie nie przytaczanego piśmiennictwa, podawania źródeł przy tabelach i rysunkach, a także uproszczył język i styl, gdyż nie ma powodu, żeby socjologowie posługiwali się w tej książce jakimś mało zrozumiałym "słowiańskim"; tymczasem w niektórych miejscach trudno się zorientować, o co chodzi.

Lata osiemdziesiąte - to kilka różnych epok: zryw sierpniowy, okres "Solidarności", stan wojenny, czasy normalizacji. Druga połowa lat osiemdziesiątych znacząco różni się od pierwszej połowy, a już lata siedemdziesiąte jawią się jako odległa przeszłość. Potoczna obserwacja i systematyczne badania np. bliższe szybko zachodzące zmiany w organizacji życia społecznego i w świadomości społecznej. Potrzebne są nowe modele teoretyczne, umożliwiające opis i wyjaśnienie tych zjawisk i procesów. Tradycyjne schematy nie nadają się do analizy nowej rzeczywistości.

Przykładając "stare" kryteria do nowych warunków, można popełnić błędy w interpretacji niektórych zjawisk. Jeśli np. weźmie się pod uwagę tylko zjawiska sformalizowane, wyrażone przyjętymi wskaźnikami, a pominie zjawiska "pozainstytucjonalne".

Zdarzyło mi się to przed kilka laty, kiedy próbowałam określić rolę kobiet w "Solidarności". Za główne kryterium przyjąłam wskaźnik formalnej przynależności kobiet do "Solidarności" /1980-81/. Odsetek ten odpowiadał mniej więcej liczebności kobiet w partiach politycznych i starych związkach /ok.26/. Na tej podstawie, jak również dlatego, że tylko dwa gdańskie nazwiska kobiece znane były w skali krajowej, doznałam do wniosku, że rola kobiet w "Solidarności" była niewielka.

Nie wzięłam pod uwagę masowego poparcia "Solidarności" wyrażonego przez kobiety w imy spość. Nie zauważyłam niezliczonych, "niewidzialnych" działaczek na różnych szczeblach ruchu społecznego, troszczących się o jego podstawowe potrzeby, sprawne funkcjonowanie i pozostających w cieniu.

A w zimie 1981/82 właśnie kobiety wspólnie z Kościołem natychmiast zorganizowały efektywną pomoc dla internowanych i uwieczonych. Same

kobiety były zresztą także internowane i więzione. Warunki życia, a może i upodobania wielu kobiet, sprawiają, że styl ich publicznego funkcjonowania różni się od stylu funkcjonowania publicznego wielu mężczyzn.

Analiza "instytucjonalna" wciąż jeszcze jest głównym typem analizy socjologicznej, ale w rozwiniętych krajach zachodnich coraz częstsze są badania "rzeczywistości dnia codziennego": Tam /tzn. w domu, w rodzinie, w kręgach sąsiedzkich i przyjacielskich/ toczy się "prawdziwe" życie i właśnie tam można najlepiej uchwycić całokształt pracy kobiet, wyznaczniki ich sytuacji społecznej, wkład w funkcjonowanie społeczeństwa.

Również w Polsce potrzebne są badania sytuacji kobiet z tego punktu widzenia, gdyż obecnie istnieją rozmaite formy bogatego życia pozainstytucjonalnego i kobiety grają w tym ważną rolę. Charakterystykę procesu "ucieczki poza system"^{xx/} /zagranicę lub na teren inicjatywy prywatnej/ można niewątpliwie wzbogacić badaniami pozycji kobiet w nierolniczym sektorze gospodarki: w rozmaitych spółkach, agencjach, firmach, oraz w handlu wszelkiego rodzaju^{xx/}.

A może stwierdzana przez autorów omawianej książki niechęć młodych, wykształconych kobiet do pracy zawodowej /etatowego zatrudnienia/ jest również pewną formą "ucieczki poza system" - na teren rodziny?

Imy dyskusyjny problem - to skłonność socjologów, nie tylko w Polsce, do traktowania "kwestii kobiecej" w oderwaniu od ogólnych zjawisk i procesów zachodzących w społeczeństwie. Wiele interesujących badań np. na temat uchylności społecznej, nierówności społecznych, dewiacji społecznej, na temat robotników, inteligencji, stylów życia, barier życiowych młodzieży itd. nie wyróżnia cechy "płeć", /co może znaczyć, że badano kobiety i mężczyzn lub tylko mężczyzn/ albo też cecha ta jest wyróżniana w tabelach, lecz nie analizowana.

Zaś badacze "kobiety" ograniczają się do zbiorowości kobiet i nie porównują jej ze zbiorowością mężczyzn. W rezultacie pewne zjawiska wspólne dla mężczyzn i kobiet traktuje się niekiedy jako specyficzne dla kobiet. Np. jeszcze kilkanaście lat temu ulubionym tematem były tzw. motywy pracy kobiet; w związku z czym masowo pytano kobiety, dlaczego pracują. Najczęstszą, naturalną odpowiedź, że ze względów ekonomicznych, traktowano jako swoistą dla płci żeńskiej i wyprowadzono na

x/ opisanego przez Stefana Nowaka w "Próbie diagnozy stanu świadomości społeczeństwa polskiego drugiej połowy lat 80-tych".

xx/ o sytuacji kobiet w rolnictwie prywatnym wiemy znacznie więcej.

tej podstawie daleko idące wnioski.

Przechodzę do uwag szczegółowych, dotyczących niektórych praó. Pierwsza z kolei - to praca Andrzeja Bujwida. Przyjęta konwencja tego opracowania nadawała by się chyba lepiej dla lekarza niż dla socjologa jako autora, zwłaszcza, że powołuje się on głównie na materiały medyczne, nie proponując interpretacji socjologicznej. /Inna kwestia to, czy trzeba było zamieścić te wszystkie dane w omawianej książce/.

Przytoczone piśmiennictwo zawiera 88 pozycji, z czego Autor cytuje w tekście ok.40. Natomiast nie ma w spisie piśmiennictwa szeregu autorów wymienionych w tekście, jak. np. Mc Dermot, Jessie Bernard, Belloc i Breslow, Kahn i również pracy "Tobacco and Health".

Najwięcej, bo aż 10 razy, Autor cytuje "Położenie klasy robotniczej w Polsce", zwłaszcza t.5: "Zagrożenie ekologiczne". Seria ta została wydana przez Akademię Nauk Społecznych KC PZPR pod redakcją P.Wójcika, tego samego, którego Autor traktuje niezbyt przychylnie na str. 24-25. Szkoda, że Autor nie uwzględnił wydawnictw Światowej Organizacji Zdrowia, zwłaszcza dotyczących regionu Europy, a opracowanych przez socjologów /np. "The Health burden of social inequalities", 1986 - znajdują się tam również dane dotyczące Polski/.

Na str. 11 Autor pisze: "Generalny szturm kobiet na "męskie" pozycje w szkolnictwie wyższym najlepiej ilustruje sytuacja w akademiach medycznych. Przed całkowitą feminizacją studiów medycznych strzegło do niedawna zarządzenie, nakazujące przyjmowanie na wydziały lekarskie po połowie przedstawicieli obu płci. Kobięce "lobby" doprowadziło jednak w roku 1987 do jego obalenia /argument, lepiej na ogół przygotowane dziewczęta ustępować musiały miejsca chłopcom zdobywającym przeciętnie mniej punktów na egzaminach wstępnych/",

Chodzi tu zapewne o zniesienie tzw. punktów za płeć /męską/ na egzaminie wstępnym. Nie znam kobiecego "lobby" w Polsce, ale jeśli jest takowe, to się z nim zgadzam; chyba, że kobiety otrzymają dodatkowe punkty za swoją płeć na politechnikach.

Na s.33 Autor oskarża również "annały czasopism medycznych, /które/ milczą o tym, czy i w jaki sposób katastrofa ekologiczna w naszym kraju może być groźna dla kolejnych generacji". Otóż nauka w żadnym kraju nie umie jeszcze na to odpowiedzieć. A jak nauka nie wie - to jest wstrzemięzliwa w swoich enuncjacjach.

Artykuł drugi z kolei został starannie opracowany przez Urszulę Danek. Bardzo ciekawe są obliczenia Autorki, wykazujące rzeczywisty poziom wskaźnika umieralności niemowląt w Polsce. Kwestią dyskusyjną jest potraktowanie rodzicielstwa przez socjologa głównie w kontekście zdrowia biologicznego.

Zgadzam się z wieloma twierdzeniami Autorki w związku z polityką ludnościową. Nie rozumiem jednak, dlaczego znalazł się w omawianej książce, jako aneks do pracy p. Danek, "Memoriał w sprawie planowania rodziny w Polsce", "Opinia wydana przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne" na temat tego memoriału oraz dr Z. Szymańskiego "Odpowiedź na zarzuty" zawarte w opinii P.T.G.

Utarło się jakoś w naszym kraju, że jeśli ktoś nie lubi "reżimu", to musi też być przeciw przerywaniu ciąży. W tym zakresie nie przewidyje się pluralizmu postaw. Stawia to Polskę w wyjątkowej sytuacji, gdyż wprawdzie w wielu krajach toczą się nadal zażarte dyskusje na temat przerywania ciąży /ostatnio jakby mniej, może w związku z kwestią odwrotną: jak mieć dzieci przy pomocy niekonwencjonalnych form rodzicielstwa/, ale w żadnym znanym mi kraju stosunek do przerywania ciąży nie jest wykładnikiem postawy politycznej. Pomijam fakt, że ta cała wstawka jest nie na temat i nie odpowiada charakterowi książki.

Autorka kolejnego, pracohłonnego artykułu, powołuje się na dokonanie przeglądu literatury socjologicznej i przeprowadzone przez siebie badanie empiryczne. Ponieważ omawianą książkę traktuję jako naukową, to brak mi listy tego piśmiennictwa, dokładniejszej informacji o stronie metodologicznej badania własnego, kwestionariusza, przy pomocy którego przeprowadzono aż 200 wywiadów, a także jakiegoś opracowania statystycznego tego materiału.

Nie wiem, jakie możliwości miała Autorka podejmując i opracowując swoje badanie. Jeśli nie było odpowiednich warunków, żeby to zrobić na przyjętym poziomie, to sądzę, że mogła poprzestać na wykonaniu analizy wtórnej materiałów zastanych i na swoim udatnym opracowaniu życiosów kilkunastu kobiet.

Wygląda na to, że Autorka uwzględniła tylko piśmiennictwo krajowe. Niektóre przedstawione przez nią kwestie nie ograniczają się jednak do Polski, nie są specyficzne dla naszego kraju. Jedne mają zasięg uniwersalny występujący we wszystkich krajach uprzemysłowionych /np: wzrost liczebności mężatek i matek wśród ogółu zatrudnionych w ostatnim 40-leciu/. Inne dotyczą niektórych krajów socjalistycznych i kapitalistycznych /np: odsetek kobiet wśród ogółu zatrudnionych przekraczający 40/. Albo są charakterystyczne dla krajów socjalistycznych /np: konstytucyjne równouprawnienie obu płci we wszystkich dziedzinach/.

Jeszcze inne rysują się ostro - być może tylko w naszym kraju, np. zauważona przez Autorkę i interesująco opisana wartość czasu w życiu współczesnych kobiet. Sądzę, że istnieje znaczna nierówność w zakresie dyspozycyjnego, wolnego, prywatnego czasu kobiet w porównaniu z czasem, jakim dysponują mężczyźni. Zadziwiająco doprawdy - jak

wykazuje Autorka - że tak dużo jest u nas, mimo wszystko, kobiet zorientowanych "na społeczeństwo".

Nieco podobnymi problemami zajmują się Piotr Antoniewicz i Julian Kozimiński. Również oni przeprowadzili pracochłonne badania własne. Zwrócili też uwagę na "niewykorzystanie możliwości i dokonanie porównań pomiędzy stosunkiem do pracy kobiet i mężczyzn. Niemożliwe w ten sposób stało się ukazanie tego, co szczególne i właściwe tylko dla kobiet, a co typowe dla pracy w naszym kraju". /s. 160-161/.

Najbardziej podoba mi się praca Danuty Brażowskiej, Marty Cziwel i Marii Kot. Może dlatego, że o wsi wiemy znacznie mniej niż o mieście. Opracowanie własnego badania empirycznego jest wprawdzie także trochę nieporadne, ale Autorki dokonały ciekawego wyboru badanych wsi i podporządkowały logicznie swoje wywody szukaniu odpowiedzi na pytanie, dlaczego młode kobiety opuszczają wieś.

Bardzo interesujące jest twierdzenie, że "w najtrudniejszej sytuacji znajdują się kobiety w tych wsiach i gospodarstwach, które wkroczyły na drogę unowocześniania, gdzie podejmuje się próby zaspakajania nowych potrzeb i aspiracji" /s.195/, a także wniosek, że takie kobiety są "rzeczuwarem społecznej energii, którego uruchomienie dałoby duże ożywienie społeczności wiejskich i szansę tworzenia autentycznych wspólnot lokalnych" /s.196/.

x x x

Największą wartość upatruję w fakcie, że grono socjologów zainteresowało się doniosłą problematyką. Nigdzie w świecie nie należy ona dotąd do głównego nurtu refleksji socjologicznej. Teorie zmiany społecznej i uwarstwienia społecznego niewiele mają do powiedzenia o życiu kobiet.

Teksty ogólne i wprowadzające do socjologii organizacji, socjologii pracy, socjologii polityki, mają tendencję do pomijania faktu, że w większości krajów na półkuli zachodniej i wschodniej kobiety stanowią ponad 40% ogółu zatrudnionych. Większość światowych badań "nad kobietami" znajduje się daleko od owego głównego nurtu zainteresowań socjologów. Badania te, zwane "women's studies" lub "feminist studies", prowadzone są głównie przez kobiety dla kobiet.

W Polsce sytuacja jest pod tym względem szczególna, gdyż nie ma "women's studies", a znaczna większość przedstawicieli wszystkich trzech pokoleń czynnych socjologów, obu płci, bez względu na światopogląd, przynależność organizacyjną itd., odnosi się z jednakową niechęcią do problematyki, która uchodzi za niskoprestiżową i najlepiej nadaje się do dowcipów. Propozycja, żeby ją rozpatrywać w kategoriach np. demokracji, nie znajduje poparcia skądinąd nawet u gorących zwolenni-

ków demokracji: Może autorom omawianej książki, jeśli zostaną przy tym zainteresowaniu, uda się wpłynąć na jakąś zmianę owego nastawienia?

W wielkim skrócie - kilka tematów badawczych zasługujących, jak sądzę, na podjęcie:

1. Potrzebne są tematy, które odnoszą się nie tylko do Polski /grozi nam coraz głębszy prowincjonalizm/. Nadają się dobrze dwa tematy: kryzys a kobiety oraz badania "sfery domowej". Do tematu pierwszego można wykorzystać badania prowadzone w rozmaitych "kryzysowych" krajach. Wynika z nich, że kryzysy, niezależnie od szerokości geograficznej, ustroju politycznego i rozwoju kraju, mają zadziwiająco podobny wpływ na sytuację kobiet;

Temat drugi dotyczy sfery, która w krajach zachodnich znacznie częściej niż u nas była przedmiotem badań: Podczas gdy między poszczególnymi krajami i ustrojami istnieją znaczne różnice w zakresie realizacji polityki równości wykształcenia i zatrudnienia, sfera domowa przedstawia się jednakowo na Wschodzie i Zachodzie.

Główne tezy badań zachodnich są takie, że bez względu na charakter danego państwa /np. charakter państwa opiekuńczego/ nadal istnieje wyzysk kobiet w postaci ich nieodpłatnej pracy związanej z opieką nad dziećmi i usługami pełnionymi na rzecz domowników: We wszystkich społeczeństwach obarczone są tym kobiety.

J. Kenneth Galbraith nazwał kobiety pracujące w domu "cryptoservant class in the society"; w XX w. zajęły one miejsce służby domowej. Tymczasem współczesne procesy ograniczania funkcji państwa opiekuńczego, zachodzące we wszystkich krajach, zrzucają na barki kobiet coraz więcej obowiązków związanych z opieką nad starymi i chorymi członkami rodziny.

2. Kobiety w "Solidarności". Mam tu na myśli kwestie poruszone częściowo powyżej. Czy ktoś prowadzi systematyczne badania na ten temat? Zajmujemy się coraz intensywniej wymazywaniem białych plam z odległej przeszłości, a tymczasem umyka z pola widzenia historia lat ostatnich;

Z ostatniej chwili:

" W SPRAWIE FUNDACJI SPOŁECZNEJ SOLIDARNOSCI "

Jako pełnomocnicy ustanowieni przez Lecha Wałęsę do sprawy rejestracji Fundacji Społecznej "S" uważamy za swój obowiązek przedstawić co następuje:

Jak wiadomo, Kongres USA przyznał w ubiegłym roku kwotę 1 miliona dolarów na potrzeby ruchu związkowego w Polsce. Przewodniczący NSZZ "Solidarność" Lech Wałęsa zdecydował przeznaczyć ten dar na cel tak ważny dla Związku, jak zdrowie społeczeństwa, poważnie obecnie zagrożone. Decyzja ta zapadła 3 sierpnia 1987 r., czyli przed publicznym wystąpieniem na ten temat min. J.Urbana.

Postanowiono, że najlepszą formą wykorzystania wspomnianej kwoty będzie utworzenie w Polsce fundacji, będącej kontynuacją powstałego w 1981 r. Funduszu Socjalnego "S". Miała ona nosić nazwę "Fundacja Społeczna Solidarności". Uniemożliwiono jednak sporządzenie fundacyjnego aktu notarialnego z tą nazwą. Na żądanie władz zgodzono się, że fundacja będzie nosić nazwę "Fundacja Społeczna Solidarności Robotniczej".

Dnia 12 stycznia 1988 r. Lech Wałęsa podpisał w Biurze Notarialnym w Warszawie Akt Fundacyjny. Wobec licznych dezinformacji, jakie pojawiły się w środkach masowego przekazu, przytaczamy w skrócie treść paragrafu precyzującego cele Fundacji:

"Celem Fundacji będzie podejmowanie działań zmierzających do ochrony zdrowia ludzi pracy i ich rodzin, w szczególności przez tworzenie ośrodków profilaktyczno-diagnostycznych i leczniczych, ... organizowanie różnych form pomocy dla dzieci wymagających rehabilitacji lub szczególnej opieki profilaktycznej".

Akt Fundacyjny wraz z tekstem statutu został niezwłocznie złożony w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej.

Dnia 21 stycznia przebywający w Polsce przedstawiciele amerykańskiego Międzynarodowego Komitetu Pomocy, w którego dyspozycji znajduje się wspomniana kwota, odbyli rozmowę z ministrem zdrowia. Spotkali się również z Lechem Wałęsą i z powołaną przez niego Grupą Roboczą Fundacji. Z przedstawicielami Fundacji przeprowadził rozmowę również zastępca sekretarza stanu USA John Whitehead w czasie spotkania dnia 1 lutego 1988 r.

Do dnia dzisiejszego niżej podpisani pełnomocnicy nie otrzymali ani odpowiedzi, ani innych oznak jakiegokolwiek reakcji ze strony Ministerstwa Zdrowia. Natomiast J.Urban na konferencji prasowej dnia 26 sty-

oznia podał na ten temat kilka co najmniej nieścisłych informacji /np. jakoby Fundacja miała służyć wyłącznie członkom "S"/ oraz mglistą zapowiedź utworzenia fundacji wspólnej z rządem.

Pomiłując fakt osobliwego prowadzenia negocjacji poprzez konferencje prasowe, niejasna wypowiedź rzecznika prasowego rządu stoi w sprzeczności z zapewnieniami władz, że będą one respektować przedsięwzięcia fundacyjne pochodzące ze środowisk niezależnych od rządu. Intencją fundatora jest stworzenie pola niezależnego działania społecznego w dziedzinie tak istotnej dla wszystkich, jak zdrowie. Zapowiedź zawarta w wystąpieniu J. Urbana wskazuje na zamiar poddania nowej fundacji monopolowi państwowemu. Oznaczałoby to przekreślenie możliwości rejestracji fundacji.

Nie tracimy jednak nadziei, że interes ogólnospołeczny przeważy nad doraźnymi kalkulacjami politycznymi i że właściwe władze zdecydują się na zatwierdzenie fundacji w jej zaprojektowanym kształcie.

Zofia Kuratowska

Andrzej Stelmachowski

Warszawa, 4 lutego 1988 r.

Jacek Bocheński

STAN PO ZAPAŚCI

Jacek Bocheński, wybitny prozaik i publicysta, w latach 1976-81 objęty zakazem druku w wydawnictwach oficjalnych, był jednym z redaktorów niezależnego kwartalnika literackiego "Zapis". Internowany 13 grudnia 1981 r. Poniżej zamieszczamy początkowy fragment jego nowego opowiadania pt. "Stan po zapaści". Narrator przebywa w szpitalu. Książka ukazała się nakładem Niezależnej Oficyny Wydawniczej "NOWA". /RED./

Widzę, słyszę. Byłem nieobecny, ale się ocknąłem. Sufit, gwar! Długi korytarz! Leżę: Jestem. Miałem przerwę, ale jeszcze ze mną nie koniec, nie, nie, wróciłem, uczestniczę, wciąż na przedstawieniu, tfu, takim obrzydliwym, czyli na świecie!

Słyszę: Pan Cabaj źle się poczuł. Pan Cabaj nie zjadł śniadania:

- Panie Cabaj, dlaczego pan nie zjadł śniadania?

Pan Cabaj nie odpowiedział.

Słyszę. Z daleka:

- A ta piżama nie pasuje. Nogawki za krótkie.

- To niech pan każde sobie przynieść z domu.

- Nie mam w domu, kochana.

- No to trudno.

- No to tak pójdę do pana docenta?

Słyszę: Obok:

-Panie Cabaj, co pan?

Pan Cabaj nie odpowiedział.

- Już, już, panie Cabaj, lekarz zaraz przyjdzie. Serce panu kołaczce?

- Serce kołaczce - słyszę trochę dalej - a lekarz na pewno śniadanie musi zjeść.

Jeszcze dalej:

- Jest jedna lekarz czy dwie?

I już nie słyszę. Huknęło, załomotało gdzieś blisko, drzwi się otworzyły i zamknęły z trzaśnięciem. Widzę: idzie młody w zielonej koszulce z krótkimi rękawami, ostrzyżony. Przetacza butlę z tlenem. Nisko leżę, wszystko widzę, nogi, stopy w drewniakach:

- Siostro!

Ale to nie on, to ten tutaj, obok, do pielęgniarki chyba.

Przeszła w czymś białym i w rajstopach.

A ten obok, widzę, siedzi na wózku inwalidzkim i kołem kręci to w tę stronę, to w tamtą.

- Byłem w rentgenie - opowiada. - Ale podobno do sklepu na Stegnach przywieźli koszule jugosławijskie, po tysiąc sto złotych, bardzo dobre. No to żadnej ciuli nie było do pracy, wszystkie pobiegły do sklepu: Nie będą pracować, mówią, bo im marnie płacą.

Drugi, dalszy:

- Trzeba zadzwonić do domu, póki jeszcze telefony działają. Niech przywożą z domu jakieś ciuchy. I trzeba iść tam zdychać, póki jeszcze w telefonach pracują.

Ten z wózka przesiadł się na łóżko: Błady, łysy głowacz.

- Cholerny bałagan jest na niższych szczeblach hierarchii szpitalnej: Nie wiadomo, jaki ma być rentgen, żołądka czy paznokci, prawego jądra czy lewego.

- O, doktor! - to półgłosem.

I łysy pod koc do łóżka.

A to już ona ze słuchawkami.

- No jak się pan czuje, panie Cabaj? Proszę głęboko oddychać.

Cisza. Ale nie wszędzie. Naczyniami gdzieś brzęczą, kobiety się przekrzykują, echo dudni w otchłaniach, może na klatkach schodowych, może w chorych głowach.

- Jeszcze panu zmierzę ciśnienie. A lekarstwo, panie Cabaj, weźmie pan pod język.

I już do mnie: Już nade mną: D o k t ó r : Ze słuchawkami i plackietką na fartuchu. Anna Wolska, lekarz medycyny. Włosy blond. Oczy niebieskie. Lat ze dwadzieścia pięć. Różowa:

- No jak się pan czuje?

- Dobrze.

- Proszę głęboko oddychać.

Oddycham. Za każdym oddechem słuchawka przeskakuje po ciele, jak żabka.

- Nie oddychać.

Różowa doktor wciął nade mną: Patrzy przed siebie i cóż widzi, nie wiadomo co.

- Oddychać normalnie - mówi, ale co widzi, kiedy tak patrzy przed siebie, tego nie mówi. To nic. Dobrze mi tu leżeć. Jestem. Słyszę. Huczą głosy. Kroki. Krzyki. Szmer aparatów elektrycznych zlewają się ze stukiem obsaców i echemi klatek schodowych. Taki jednostajny szum. Różowa doktor ugniata mi brzuch.

- Tu pana boli?

- Nie.

- A tu?

- Nie.

Słyszę:

- Pani Tereniu, szafka jest nie umyta po tym, co umarł.

- A guzik mnie obchodzi, nie mój odcinek.

- Ale nowy przyszedł, wszystko się lepi, aż mi wstyd było.

Chyba rozmawiają nie o mnie. Chyba nie ja jestem ten nowy. Szafka nie mam. Ani umytej, ani nie umytej. Łysy ma. U niego widzę. Przy sobie nie widzę. Mam tylko stołek, na którym właśnie siedzi różowa Anna Wolska, lekarz medycyny z plakietką. I jeszcze myślę: lekarz medycyny, co za głupi tytuł! Masło maślane. Chyba że może leczy medycynę zamiast chorób?

- To dopiero pan trafił! - mówi lekarz medycyny.

- Ja? Dlaczego?

- No na połówkę dostawną w takim przepełnionym korytarzu. Nie ode mnie zależy, gdzie kładą chorego, ale może siostra oddziałowa pana przynieś, zobaczymy. Zaraz panu zrobię EKG. Tymczasem proszę leżeć, nie wstawać. Przyjdę jeszcze do pana.

Różowa doktor odchodzi. Staje przy łysym.

I do niego:

- Pan będzie miał badanie krwi na poziom...

Nie słyszę. Ambi-czego?-fizym?

On też nie słyszy.

- Czego?

- Antystreptolizyn. Ale to jutro.

- Pani doktor! Znowu? Może omyłka?

- Dlaczego omyłka?

- Już pięć razy siostra mi krew pobierała.

- Ale teraz będzie takie specjalne badanie.

- A krew z żyły czy z palca?

- Z żyły.

- Pani doktor, a w rentgenie...

Lomot, nie słyszę.

- To w takim świetle stanęło - mówi dalej łysy - jakby nie wiedzieli, czy ma być rentgen serca czy płuc, czy paznokci, czy lewej nogi, czy prawej...

Lomot. Różowa doktor wkłada słuchawki do uchu. Będzie mierzyć łysemu ciśnienie.

Zamykam oczy. Leżę, leżę. Dobrze tak leżeć, mimo że na połówkę dostawnej w przepełnionym korytarzu. Nie patrzę. Nie widzę. Słyszę. Już doktor Wolska przeprowadza wywiad z kim innym.

- Jaki to był ból?

- A taki tego...

- Piekący? Gniotący?

- A wie pani doktor, taki ból... z prawej strony.

- Proszę rozpiąć piżamę.

Stukają drewniaki. Patrzą. Ten w zielonej koszulce idzie.

- Panie Robercie, pan mi da kaczkę!

Aha, to prosi tamten, który przedtem wołał siostrę. A sanitariusz w zielonej koszuli, młody, ostrzyżony, to Robert.

- Zaraz panu przyniosę. Nie ma tych kaozek, cholera - mówi Robert.

Zamykam oczy. O jak szumi, jak szumi... Teraz dopiero czuję zaduch. Mdlący, ciepły. Pachnie wydzielinami, potem, kałem, spirytusem i eterem. I jeszcze czymś. Na przykład mlekiem. I amoniakiem. I jeszcze. Nie wiem czym. Płynę. Słyszę. Dudni w chorych głowach. Na różnych piętrach. Płynę. Dobrze tak zasypiać.

Ktoś coś mówi. To do mnie.

- Proszę teraz nie spać.

Stoi duża z przyszczeniem na policzku i plastikową zapinką we włosach. Zła:

- Elektrokardiogram będzie pan miał robiony.

- Tak, tak.

- Proszę odsłonić klatkę piersiową.

Patrzy w ścianę, stoi wyczekująco z kablami, elektrodami i niby do mnie mówi, a bardziej do ściany.

Posmarowała klatkę piersiową, nawcisła elektrod jak ssawek. Niby w klatkę piersiową, a jakby w ścianę:

- Położyć się na wznak.

Podwinęła mi nogawki i opasała czymś nogi tam gdzie najcieńsze, między kostką a łydką. Jeszcze elektrody do rąk.

- Nie ruszać się. Ręce wzdłuż ciała:

Podłączyła, zaterkotało.

- Nie oddychać.

Zaterkotało drugi raz:

- Spokojnie pan leży, nie rusza żadnym palcem!

Wydarła papier z aparatu: Zdjęła elektrody:

Przyłożyła te ssawki inaczej. Znow zaterkotało.

Zerwała wszystko: Zwinęła kable:

- Może pan się ubrać - powiedziała niby do mnie, a bardziej do ściany.

- Dziękuję - powiedziałem.

Pchnęła wózek z aparatem: Poszła:

Leżę. Szum. Zapachy. Ruch na korytarzu. Chodzą. Wożą. Ruch po piętrach: Ruch po otchłaniach: Winda jedzie. Łomot. Zaduch. Szum. Chodzą

tu blisko. Słyszę.

- Zdrowie spaprali... nic się nie należy... dodatek za szkodliwość dostawałem i cześć.

- A jak ma być? Czy to pan wygra z władzami, z milicją? Zawsze na swoje wykręca.

O jakim głosem mówi ten mężczyzna, jakim dygocącym, bolącym!

- Ja, panie, byłem między nimi. I w partii byłem. Ja ich znam.

Z nimi pan do ładu nie dojdzie.

Jakim głośnym głosem mówi ten chory w szlafroku do drugiego w szlafroku, jak go boli, jak nie wytrzymuje, jak musi powiedzieć!

- Jeszcze za Gierka czasem się powściągali. Ale dzisiaj? Dzisiaj to oni mają, proszę pana, społeczeństwo w dupie. Pałę trzymają i takim, jak pan i ja, to oni mogą, za przeproszeniem, do gęby nasrać.

Już go ciszej słyszać, z daleka, przez szумы. I umilkł. A za chwilę kroki stamtąd do nas. Coraz bliższe. Ale nieśpieszne. I głos nieśpieszny, uważny.

- Niech będzie pochwalony Jezus Chrystus.

Ksiądz.

- Jak samopoczucie?

Ksiądz tak jakoś ptasio ostrożny. Siwy, długonosy, gołębi, patrzący na boki. Łysy go zobaczył, chciał wstać. Ale ksiądz nie daje. Za rękę bierze łysego. Pochylił się. Widzę. Rozmawiają z cicha. Krótko. Już ksiądz poruszył rękami jak akrzydkami do odlotu: A tu pan Cabaj próbuje coś księdzu przedstawić niejasno. Pana Cabaja nie widzę. O panu Cabaju wiem, że jest za mną i serce mu kołatało. Teraz ksiądz tam do niego poszedł.

- O co chodzi?-pyta.

Pan Cabaj, zdaje się, mówi tylko szeptem:

- Co, co? Jaki pogrzeb? - słyszę księdza. - Co pan opowiada? Jeszcze samolotem pan polecisz, a nie tam pogrzeb.

I na mnie zwrócił ksiądz uwagę.

- Pan do nas przybył. Leżący czy chodzący?

- Leżący.

- Jak samopoczucie?

- Dziękuję, już nieźle.

- Będzie całkiem dobrze.

Szybko przemijają odwiedziny księdza, jak prawie wszystko, co się dzieje na korytarzu, a na ogół idzie wzdłuż i przelotem:

- Na dole jest kaplica - mówi jeszcze ksiądz. - Msza święta codziennie o siódmej. Kto chodzący, tego zapraszamy.

I ksiądz znika za bocznymi drzwiami. A przez korytarz już jacyś

pacjenci idą spacerkiem. Słyszę:

- Zajęto... bażanty... dyrektor ma fuzję...

Dalej nie chwytam.

Po chwili:

- A na co to idzie?

- Chyba na kiełbasę, na francuską...

- Ja takie mięso dzikiego konia wolę niż mięso dzikiej świni. Konia bym sobie zjadł.

- W Bieszczady puścili te... tarpany... a tarpany, panie, to oj!

Nie słyszę: Nagle huragan, drzwi się otwierają, krzyk.

- Do cholery jasnej, Jolka może, Hanka może, a ona nie może!

- To ja z tobą weźmiemy ten kubeł, wyniesiemy normalnie do łazienki.

- A pies ją jechał!

Kobiety w białych fartuchach, może salowe, przeleciały z jęzgotem.

Łysy podskoczył na łóżku i usiadł:

- Nie trzaskać drzwiami, k u c h e n k o w o !

Aha, więc taka jedna, domyślam się która, to była pewnie kuchenkowa.

Już tamci mężczyźni wracają spacerkiem.

- Jak się strzela dzika, to się go od razu...

- Tak samo jak knura.

- To wtedy nie śmierdzi.

Łysy siedzi i łuszczy sobie piętę, potem czochna się po brzuchu. W końcu złazi z łóżka. Raptem do mnie:

- Sąsiad masz nie wstawać, a basen sąsiad masz?

- Nie, ale...

- Zaczekaj sąsiad.

Odszedł. Nie ma go dość długo. Wrócił z basenem. Podziękowałem.

- Za bardzo by się sfatygowała, gdyby przyniosła - powiedział.

Usnąłem.

Oho, alarm! Zahuczała, grzmotnęła winda towarowa w otchłani. I rozniosło się, rozbrzęczało, rozgadało:

- Batoryj Batory!

Wszyscy poruszeni: Różne drzwi boczne otwierają się na korytarzu.

Wyszli błdzi w piżamach, czekają, patrzą.

To: obiad! Ale jeszcze nie.

- Dopiero na kobiecym Batory! - woła ktoś.

A tymczasem pielęgniarka w zielonych rajstopach balansuje z lekartwami na tacy. Wchodzi do tych różnych drzwi. I korytarzowym pacjentom rozdaje tabletki. Mnie dwie położyła na stołku.

- Weźmie pan przed jedzeniem - powiedziała.

Sąsiad z przeciwka, Łysy, też dostał.

- A to różowe to co? - zapytał.
- Propranolol. Z darów zagranicznych - objaśniła wesoło pielęgniarka, pokazała zęby.
- Z darów zagranicznych - powtórzył sąsiad. I jakby się wzdrygnął. Spojrzał na mnie:
- Panie, czy człowiek nie może znieść jają, kiedy słyszy takie coś? Już byle propranolol, i to też z darów!

Kuchonowe-salowe wtaczają Batorego, szpitalny transatlantyk na kółkach, z talerzami i zupą w kociołku. Dziś żurek. A na drugie klopsik gotowany w wodzie, ziemniaki, marchewka. Odbierać! Kto chodzący, niech roznosi leżącym. Ale po kolei, po kolei, nie pchać się, nie robić zamętu, bo niektórzy, skórkowani, po dwa razy chcą brać. Jak to chłopy...

- A pójdziecie na baby? - pyta ruda, w niebieskim kitlu i wieku klimakterycznym, z twarzą podobną do ptysia, nogami prostymi jak słupy. Nikt nie odpowiedział.

- A ja wiem, że chodzicie na baby. Powiem żonom.
Jeszcze obiad nie skończony, kiedy jakąś wiadomość przekazują sobie na ucho. Podnoszą brwi, kiwają głowami. Szeptanie idzie od łóżka do łóżka:

- Wariat wrócił:
- Jaki wariat? - pytam półgłosem:
- Taki jeden. Szalu dostał przedwczoraj. Uspokoić się nie dawał, aż lekarze zadzwonili o pomoc na Sobieskiego do czubków i pojechali tam w kaftanie:

- Gdzie leży?
- A tu z nami był, bliżej kobiet.

Po chwili słyszę:

- O, już go wiozą. Na to samo łóżko:

Ale nikt nie patrzy w tę stronę, każdy niby swoimi sprawami zajęty. Taka elegancja obowiązuje, wariat nie wariat:

- Co to? - zagaduje ktoś. - Obchodu jeszcze nie było.
- A bo dziś nie będzie, tylko dyżur jest.
- Podobno lekarze mają konferencję - wtrąca łysy.
- Wielecie, panowie, jakie wyroki dostali ci, którzy zabili milicjanta?

To chyba mówi ten, co już chodził tędy spacerkiem i zjadłby dzikiego konia. Znowu przyszedł:

- Karę śmierci ma jeden, pewnie ten co zabił, nie wiem, a drugi dwadzieścia pięć lat. Podali w telewizji:

Zawiadomił, odszedł:

Siostra jakaś starsza, czarna, z grubymi brwiami i papierami w rękę

przebiega tam i z powrotem, wodzi okiem, sprawdza coś, zapamiętuje, ważna, liczy, a jeszcze palcem wskazującym niby to dyryguje w powietrzu, niby to naznacza coś, cho, mnie naznaczyła, ale tylko marginesowo, bo naprawdę błęnie z tym palcem dalej, do pana Cabaja:

- Przechodzi pan dziś na szóstkę:

Pan Cabaj nie odpowiedział:

Na pewno siostra oddziałowa.

Wraca, skąd przyszła, ale zatrzymuje się w pół drogi, tam upatrzyła sobie kogoś. Palec w jego stronę:

- Pan też będzie przeniesiony. Ma pan miejsce w ósemce:

Jednak znów zakręca i do mnie idzie. Bez wysuniętego palca. Tak tylko:

- Męczy się pan tutaj, prawda? Myślałam, że będę pana mogła przenieść. Niestety! Widzi pan, jaka jest sytuacja. Ale poleży pan przez dzień na polówce i przejdzie na łóżko. A potem jeszcze jeszcze dzień albo dwa i na salę. Takie mamy warunki.

Niedługo po oddziałowej zjawia się Robert. I pielęgniarka. Nie ta w rajstopach, ładna, z zębami, tylko druga, pucłowata, piersiasta, do której Robert mówi Maryśka:

- Masz u mnie minus, Maryśka! - droczy się Robert i zaraz przestaje, bo jest to właśnie koniec droczenia się o coś, co omawiali gdzie indziej, za drzwiami, a tu donieśli tylko taki szczątek, ogryzek rozmowy, żeby go rzucić na korytarzu, jak robią wszyscy przechodzący.

- To co, zabieramy tego? - mówi Robert.

- No - odpowiada siostra Maryśka:

I wywożą pana Cabaja z łóżkiem.

A po chwili przywożą łóżko puste, ogołoczone do materaca:

I biorą tamtego drugiego:

A jakaś kobieta wciąż woła, że jej mąż choruje na raka i leży w innym szpitalu, a córka...:

Nie słyszę. To daleko. Zagłuszają.

- A co z tym człowiekiem? - przypominam sobie nagle, pytam żywego;

- Jest?

- Kto?

- Ten wariat.

- Jest.

- Co robi?

- Spi. Taki senny wrócił od czubków.

Nic nie powiedziałem. Różowa doktor Anna Wolska przede mną.

- Ma pan już lepszy elektrokardiogram. Pierwszy, któryśmy robili, był gorszy. Jutro zrobimy jeszcze jeden. A teraz chcę z panem porozmawiać.

I różowa Anna Wolska, lekarz medycyny, siada na stołku, zakłada nogę na nogę, opiera kartonową teczkę o kolano, wyjmując z teczki papier, z kieszeni fartucha długopis. Pyta:

- Jak doszło do tego, że pan się znalazł w takim stanie? Co było przedtem? Czy miał pan jakieś dolegliwości, bóle?

- Nie, to przyszło nagle. O północy, jak stan wojenny.

- Aaa - kiwa głową ze zrozumieniem, w oczach coś błysnęło, ale mówi:
- Chodzą nieszczęścia po ludziach. A czy chorował pan na coś?

- Ostatnio? Nie.

- No to może wcześniej? Proszę mi opowiedzieć, na co w ogóle pan chorował w życiu. Od dzieciństwa.

Wyliczam z pamięci wszystkie choroby, jakie się zdarzyły. Odra, świnka, zapalenie wyrostka robaczkowego, i tak dalej.

Raz czy dwa doktor Wolska przerywa. Pyta o szczegóły. Odpowiadam. Doktor Wolska notuje.

- A w rodzinie? Chorował ktoś?

- Oczywiście.

- Na co?

Wymieniam; Doktor Wolska pisze:

- Przechodził pan już kiedyś badanie serca?

- Tak.

- Zachowały się dawne elektrokardiogramy?

- A, z pewnością. Chyba leżą u mnie w domu.

- Niech pan przy okazji poprosi, żeby je ktoś tu przyniósł.

- Dobrze.

- Czy w ostatnich czasach nie miał pan szczególnie męczącej pracy?

Myślę. Zdaje mi się, że słyszę poruszanie się na korytarzu, może nawet widzę. Dzieje się coś. Na pewno. Może łóżko wiozą. Może chora krzyczy. Nie wiem dobrze, nie zwracam na to uwagi, bo przecież siedzi przede mną doktor i jestem zajęty swoją sprawą. Jak każdy. Muszę sobie wyobrazić, co doktor Wolska mogłaby uważać za pracę szczególnie męczącą: Miałem taką pracę? Po namyśle odpowiadam:

- Nie. Nie miałem takiej pracy.

- Czy nie odczuł pan stresu, wielkiego napięcia, no, czy na przykład nie był pan w jakiejś nieznosnej sytuacji zawodowej, życiowej?

- Byłem. Jak wszyscy. A pani nie?

- Ja?

I nagle różowa doktor Wolska jeszcze bardziej różowieje:

- Aaa... jeśli pan tak ogólnie, to...:

Chowa długopis, odkłada teczkę:

Słuchawki na pierwszym planie.

- Chciałabym pana zbadać.

Głęboko oddycham: Nie oddycham. Oddycham normalnie.

- Muszę, wie pan, porozmawiać z panem... no, dłużej. Ale innym razem - mówić na odchodnym:

Teraz, kiedy znikła, okazuje się, co zaszło tymczasem na korytarzu. Nowi przyszli na dwa miejsca, zwolnione przez tamtych wziętych na szóstkę i ósemkę. Blisko za moimi plecami zamiast pana Cabaja jest już ktoś inny. Trzęsie łóżkiem. Sapie ostro. A znowu z tej strony, którą widzę, choć w pewnej odległości, zamiast drugiego wziętego na salę, leży kobieta przeniesiona z polówki. Ta krzycząca o mężu chorym na raka. Ciągłe to powtarza. Spod jej koca wystaje wąż gumowy i zwisa worek plastikowy, przezroczysty. Chyba oewnik.

- Wiecie, panowie - słyszę - jaki wyrok dostali ci, co zabili milicjanta tam w Słupsku czy w Słupcy? Jeden ma karę śmierci, drugi dwadzieścia pięć lat. Podali w telewizji.

Ten sam głos, co przedtem.

- Już wlemy - słyszę. - Już pan mówił przecież.

- Pani Cabajowa! Pani Cabajowa! - słyszę. - Męża przenieśli. Do sali numer sześć pani pójdzie.

Widzę. Pani Cabajowa drepcze, mysia, maleńka, z dużą siatką na zakupy wypchaną ręcznikami i słojami. Szybki kroczek, coś jakby wąsik albo nie wąsik, czujność pod nosem.

- Dzień dobry, dzień dobry!

- Dobry wieczór, pani Cabajowa.

Oho, sufit! Lamy jarzeniowe, długie, białe, jedna za drugą, równoległe. Świecą. Dopiero teraz widać. Ale rano też chyba świecili. Chyba one tu zawsze świecą. A nie widziałem. A ten zaciek na ścianie?

Termometr! Siostra Maryśka przyniosła i mówi, żeby mierzyć temperaturę: Pod pachę termometr, głęboko, głębiej, dobrze. I przycisnąć trochę. I leżeć. Ten zaciek chyba widziałem. Kształty, kształty. Wyspy, mapy, wiadomo: Huki, szumy, Tupoty. Wizyty, wiadomo. Żony, rodziny przyszły. Krzyki, krzyki. Tyle tego w głowach. Tyle różności. Na piętrach. Łomot. Działa strzelają. Albo pociąg jedzie. Wywożą. Kroplówka, siostrzo! To na operację wiozą. A wcale nie. Jesteśmy za granicą. Popatrz, gdzie mieszkamy. O, tu! Musimy się jeszcze urządzić. Na tym boku. Z tą szyją. Na polówce. Na pryczy. Aha, to więzienie. Jeszcze Polska nie zginęła: Wychodzić z rzeczami! Nie ma rzeczy. Wychodzić z rzeczami! Nie mam. Wychodzić, skurwysyny! Nie! A gdzie tamci? Gdzie poszli? Dlaczego tak cicho? Dlaczego same kobiety? Co z termometrem? Jest na prześcieradle, cały, w porządku. Ile? Trzydzieści siedem dwa. Okazuje się, że spałem. Kolacja czeka na stołku. Twarożek.

Słyszę:

- Jak mi nieraz piętnaście tysięcy przyniesie do domu, to jest dobrze. Na tokarce robi...:

Kobiety rozmawiają w jakimś otwartym pokoju.

- Osiem tysięcy! Matka mówi: słuchaj Gośka, dziecko, osiem tysięcy, co to jest?

Salowe czy pielęgniarki?

- Dwoje dzieci, alimenty...

Telewizor także gdzieś gra:

- To ile macie?

- Piętnaście tysięcy, no?

- A ta mówi takie.

Nowy sąsiad za moimi plecami dyszy jak parowóz. Łysego nie ma. Puste łóżko stoi. Chora z cewnikiem postępuje. Ale - o! Wstawili dwie dodatkowe polówki. Na jednej młody mężczyzna, na drugiej staruszka piękna, białowłosa. Jakby się pomieszali w korytarzu mężczyźni z kobietami: Staruszka ma rurki w nozdrzach, obok siebie butlę z tlenem. Młody leży na wznak, głowę z tyłu podparł kulekaniem i patrzy w sufit. Tylko on tak leży:

Jem twarożek:

Ta z cewnikiem woła:

- Proszę siostry! Mokro mam.

Siostra teraz inna: Brunetka, drobna, lekko zgarbiona, usta zaciśnięte, w uszach kolczyki. Pacjent jakiś czarnobrody w żółtym szlafroku wybiega do niej, przymlilny, ale i pewny swego, coś podaje, wtyka do kieszeni, chyba czekoladę.

- A po co to? Po co? - siostra nie chce. - To niepotrzebne. Całkiem.

Wzięła jednak: I poszła do tej z cewnikiem. Prześciela łóżko. A ta z cewnikiem płacze.

- Bogdan w szpitalu... ale, proszę siostry, to jest dziurawe, o Jezu, Jezu... przecież Bogdan, mój mąż, na raka chory, a Gabrysia nie przyszła, o Jezu, Jezu... to przecieka, mokro mam, o jezuniu, jezuniu...

Doktór wieczorem też inny.

- Pani Bożeno - doktor do siostry - proszę dać pacjentce na uspokojenie. Mamy jeszcze relanium?

- Nic nie boli? Nic nie potrzeba? - do mnie już doktor, młodzik z wąsami, w okularach, wziął mnie za rękę, tętno bada, a na plakietce: Jacek Ziemia, lekarz medycyny.

Szybki, nie dopiął fartucha, biega w rozwianym. Otwiera te różne drzwi, których tyle tutaj, głosów napuszcza, ale tylko na moment, i zamyka, i otwiera, i wchodzi, i wychodzi, przeważnie jednak po korytarzu

idzie, śpieszy się, śpieszy, o! - zdjęcie rentgenowskie niesie, mokre jeszcze, i ogląda pod światło, idąc.

Salowe albo pielęgniarki już nie rozmawiają. Ucichło tam. Telewizja nadaje film w otchłaniach. Na wszystkich piętrach, w całej Polsce. Siedzimy, patrzymy: To znaczy, ja - nie. I ten sapiący obok, i ta z cewnikiem, i ten z kułakiem pod głową - nie. Aha, jeszcze ktoś - nie. Salowa z twarzą podobną do ptysia. Przechodzi, ruda, rozkraczona nieco, na tych nogach prostych jak słupy, od dołu przypomina literę H. Przechodzi przez korytarz ze szmatą, szczotką, kubełkiem czerwonym w rękę i mówi:

- Koci im się w głowach, piździelcom.

Nie wiadomo o kim to. Tylko tak do siebie mówi, albo do wszystkich, albo do nikogo. Stawia kubełek na ziemi, owija szczotkę zmoczonym gałganem, zaczyna przecierać posadzkę.

A tymczasem z jakichś drzwi dalekich buchnął gwar, może telewizja się skończyła, ludzie wyszli, mężczyźni, kobiety, podnieceni, ale nie, to nie telewizja, doktora słyszę, siostrę, winda trzasnęła, już bliżej jacyś rozmawiają, nie wiem kto, nie widzę, jakby trochę zdziwieni, jakby czymś przestraszeni, jednak pacjenci, a salowa-ptyś w krzyk:

- Nie deptać mi tu, kurwa, po mokrym!

Nic nie odpowiedzieli, w nosie, widać, mają tego ptysia i tylko ktoś komuś tłumaczy:

- Kiedy, panie kochany, on wczoraj łąził, do wanny wszedł... no sam pan powiedz...

Słychać piątę przez dziesiątę, bo wolaż film idzie w telewizji i włącza się ilustracja muzyczna: tra-ta-ta-ta.

- Kiedy, panie kochany, zaraz przywieźli, jak tylko - tra-ta-ta-ta.

- A ja mówię: siostró, jaki on żółty. Ona patrzy: trup.

Tra-ta-ta-ta!

Na to salowa-ptyś już innym tonem, pojednawczo:

- To w jedenastce?

- Tak, pani Halinko. Śródką.

- A który to Śródką?

- Taki spod okna.

- A... ten.

Zanurzyła szmatę w kubełku, wypłukała, dalej przeciera posadzkę.

Ale z nieznanych głębi dolatują ciągle echa, głosy, już inne, od schodów, od telefonu, od ciężarów, tajemniczo huk, detonacje, dzwonki. Trwa zdenerwowanie w powietrzu, unosi się, napływa przez wszystkie piętra, szyby dźwigowe, spusty, przewody, jak dym ciągnie po kondygnacjach, kłębi się po korytarzu, i do siostry Bożeny prosto w usta zaciśnięte,

i lekarzowi, młodemu Jackowie Ziembie, prosto w nogi, i Ptrysiowi prosto w kubełek, aż się woda wylała, niech to cholera! Izba przyjęć! Niech to cholera! Jeszcze dwóch nowych przysyłają.

- Proszę siostry! Tu jest wciąż mokro - woła ta z przeciekającym cewnikiem. - Ja nie mogę.

A połówkę trzeba upchać w jakimś kącie, jedną, drugą.

A już winda się telepie, już otwarta, kaszel słychać, kogoś kaszlągo włożą, oho, nie Robert go wiezie, jest już inny sanitariusz, kędzierzawy blondynek w zielonej koszulce, nocna zmiana, a chory kaszlem się zanosi, mało się nie zadławi, twarz fiołkowa, chuda, włosy siwe.

- Nie, pani Bożeno - mówi Jaerek Ziemba, lekarz medycyny - zrobimy inaczej, damy go do jedenastki, na to wolne miejsce...

- Widziałeś sąsiad, co za porządek? - odzywa się łysy, który nie wiadomo kiedy przyjechał na wózku inwalidzkim, siedzi już obok i kręci kołem to w tę stronę, to w tamtą, bez celu. - Od razu na salę! A kolejka?

- Może rodzina zamożna, ze wsi. A doktor szczupły, może schabu potrzebuje. Nie wiesz pan, jak jest? - wtrąca basem zza moich pleców ten sapiący.

- Gdzież to pan był, panie sąsiedzie? - zagadują łysego. - Telewizję pan oglądał?

- W kaplicy na mszy byłem - odpowiada. - A na telewizji potem.

- Skończył się film?

- Nie. Jeszcze leci.

- Proszę siostry! - krzyczy znowu ta z cewnikiem.

Siostry nie ma.

Nikogo nie ma. Lekarza też. Ani sanitariusza. Ani nawet Ptrysia.

Wyszli. Przepadli w otchłanach, windach, łomotach. Nikt z korytarza nie dowoła się ich teraz. Sami jesteście. My i zaduch. Film tylko leci. Baseny brzęczą tu i ówdzie, kaczki chlupoczą. Jakiś dzwonek uporczywy dzwoni.

- Ci na salach mają dzwonki przy łóżkach, to mogą sobie podzwonić - mówi łysy.

I kładzie się spać.

Nagle wszyscy są z powrotem. Sanitariusz-blondynek w zielonej koszulce i Prys. Oni pierwsi. Z dudnieniem, nawoływaniem i z drugim chorym, który dotąd czekał w izbie przyjęć. Ale niespodzianka: jest i trzeci! Siostra Bożena przy nim. On ma usta otwarte, oczy jak ryba, jedzie na wózku owinięty w koc, ona go pcha. Już lekarz po swojemu nie dopięty, szybki, biegnie przez korytarz, jakby zawsze tu był i biegł.

Ostry krzyk tej z cewnikiem:

- Panie doktorze!

Przystanął doktor.

- Panie doktorze! Gabryisia nie przyszła. Córka moja, Gabryisia. Mąż chory na raka w innym szpitalu. A ja mam worek dziurawy, panie doktorze. Prześcieradło przemaka, ja tak nie mogę.

- Dobrze, sprawdzimy cewnik, siostra przyjdzie, zmieni prześcieradło, nic nie będzie przemakało.

I pomknął ze słuchawkami na szyi. Gdzieś za moimi plecami kładą tych nowych. Słyszę. W tamtą stronę poszedł. Ale po drodze:

- Leszku - mówi do kogoś - tu pacjentka się skarży, zobacz, co z tym cewnikiem.

Widzę. Leszek idzie do pacjentki. To ten sanitariusz, kędzierzawy blondynek. Zagląda pod koc, bada prześcieradło, podnosi worek z odrobiną ciemnego moczu, patrzy, patrzy, majstruje coś, przekręca, podkłada, podściela, podściela. A pacjentka do niego swoje: mąż chory, Gabryisia nie przyszła, worek przecieka.

On do pacjentki:

- Nic nie może przeciekać. Niech pani stara się spać.

W tej samej chwili, jak na zawołanie, gasną lampy jarzeniowe pod sufitem. A z daleka słychać krótką, głośną pyskówkę, tylko echa dudnią. Ptyś rozpędza telewizjów: godzina dziesiąta, koniec, a co tam taki film, niech spać idą. I żeby nikt już tędy nie łaził, bo Ptyś musi jeszcze koło telewizora przetrzeć podłogę na mokro.

Przez moment szmeranie, wydziwianie, pertraktacje. Ktoś nawet obrzony próbuje się stawiać, głos podnosi.

- Doktor pozwolili i siostra idzie nam na rękę, a pani co sobie myśli? Wielka władza!

Ale Ptyś wszystkich bez różnicy łagodnie sobaczy macią, wyrazami, tamci słabo się odcinają, coś ledwo mamrocą pod nosem, jakby sami do siebie.

- A tam, pieprzy baba, kopnięta.

I jeden za drugim człapią poskuszenie albo zjeżdżają na wózkach inwalidzkich, jeszcze tylko wysikać się, panie tego, i do swoich legowisk, na salę, na korytarz, do łóżka albo na polówkę.

Uoi chło. Wszyscy leżymy.

Tu i ówdzie ktoś przewraca się na pościeli, ciężko dyszy, pojękuje. Ktoś chrząknął. Ktoś odpluł. Ktoś jakiś przedmiot potracił i zrucił na ziemię. Jeszcze po salach rozmawiają, słyszę. Ten mój najbliższy za plecami, bas, usnął chyba od razu i zaczął chrapać jak puzon.

W ciemnościach z otwartymi oczami.

Tak myślę: ten bas robi tu basso ostinato.

I uśmiecham się do siebie, bo mi się podoba, że tak to wymyśliłem.

I już nie myślę. Węszę.

Dyzurka albo pokój lekarski musi być w pobliżu. Nie widzę. Ale zapach kawy świeżo parzonej rozszedł się między woniami basenów, kaczek, nóg nie mytych, pach, podbrzuszy, spirytusów, zastrzyków, środków dezynfekcyjnych, garnków z mlekiem i kotłów na zupę. Może doktor pije?

Nasłuchuję:

Kobieta z cewnikiem płacze:

Po przeciwnej stronie, tej, które nie widzę, kroki. Głos:

- Niech pan nie zrzuca kroplówki, panie Kopeć. Igła musi być w żyłę, rozumie pan? Niech pan nie wyciąga igły, tylko spokojnie leży.

To siostra Bożena: Odpowiedziało jej niewyraźne bełkotanie. Poszła dalej:

Czuje: Boli w krzyżu.

- Jolka - słyszę siostrę Bożenę - nie ma tam na damskim jakiegos niepotrzebnego tlenu?

- A skąd ja ci wezmę?

- Może ktoś nie korzysta, a tu się dziadek dusi.

- To już nie moja sprawa, to wyższych władz.

Powietrze, powietrze! Z klatki schodowej powiało, z otchłani.

Doktor Ziemia otworzył. Idzie z drugim, starszym. Nie było, okazuje się, doktora, chodził po kolegę. Obaj będą kogoś badać. Ale drzwi na klatkę schodową znów się zamknęły i nie ma już powiewu. Przeleciało. Koniec.

A kawę zaparzyła siostra Bożena: Czekająca z nią na Leszka. I na Petyś, czyli panią Halinkę. Teraz w trójkę gdzieś tu niedaleko piją, częstują się, łyżeczkami dzwonią, oho, cukier mają, proszę, proszę.

Boli: Niedobrze jednak leżeć na polówce. Zbyt wklęsła, zapada się, kręgosłup wygięty. Blisko dobę już tak leżę: Cały grzbiet obolały:

- Proszę siostry!

Halinka-Ptyś półgłosem:

- To ta cholera w tych szczyinach.

Cisza: Mruki tylko jakieś. Piją: Brzęczą: Ten tu chrapie. Ale odleglejsze głosy stają się teraz jakby bliższe: Z większych głębi je słyszeć, z nocy, z podwórza, z ulicy: Samochód trzasnął drzwiczkami i zapuszcza silnik. Ruszył.

- Nasz - mówi Leszek:

- Nasz czy milicja? - to Bożena:

- Proszę siostry! - krzyczy znowu ta z cewnikiem:

Samochód oddalił się trochę i dał sygnał. Już wiadomo. Karetka pojechała:

- Nasz - mówi Ptyś-Halinka:

Bożena półgłosem:

- Czekolady chcecie?

- Może wódki? - wtrąca Petyś.

- Aha, koniak! Z docentem:::

Tłumione chichoty: Łamanie czekolady:

- Wlicie, dlaczego tak piją "Bałtyk"? - szepcze Leszek: - Bo myślą, że jak wypiją cały, to przejdą do Szwecji:::

Nagle ogłasza:

- Ja pójdę.

I rzeczywiście, widzę go, idzie. Ale nie do Szwecji, tylko do tej z cewnikiem:

- Proszę pana, ten worek pan przełoży. Mój mąż jest w szpitalu i ja w szpitalu... O, Jezu, ten worek pan przełoży i przewróci mnie::: O Jezu, Jezu, Jezu::: na bok::: Jezu:::

Przełożył, przewrócił, węża gumowego podniósł, pomacał, workowi się przyjrzał.

A po drugiej stronie korytarza dzwonek, chyba telefon był, chyba głos doktora, potem więcej głosów: Siostra Bożena szaleje:

- Niech to cholera! Pogłupieli tam w izbie przyjęć, no czarna rozpacz::: Ani jednej polówki już nie mam.

Petyś klnie:

- A w dupę niech mnie pocałują::: Taka robota::: Do domu idę.

Leszek przybiegł:

- Co jest?

- Dwóch nowych przysyłają. Na podłodze będę kłasnę, trudno. Dość tego dobrego. Niech tak leżą. Niech piszą do ministra.

Jeszcze więcej głosów, już nie wiem czyich - izba przyjęć, do jasnej cholery, nie możemy, absolutnie, no ja się zabiję, to co że kobieta, nie ma kobiecego, męskiego, koedukację mamy, a do ministra, do premiera, do diabła niech piszą - taki zgiełk, ale i coś innego, światło, drzwi otwarte:

- Siostrze, siostrze, pani zobaczy!

- Co mu się stało?

- Panie Flasiński! Co panu? Panie Flasiński!

- Wyszedł z tego łóżka i upadł.

- Panie doktorze, pacjent::: c:::

- Cicho, cicho, spokój::: Noc jest::: Panowie:::

Umarł czy żyje? Nie wiadomo. Noc jest. Za piętnaście dwunasta. Widzę, mam zegarek, wskazówki świecą.

Doktor przebiegł pędem.

Przesuwanie czegoś, przenoszenie, szuranie. Leszek i ktoś. Rozmowa przy windzie niezrozumiała, przyciszona, rwana. Łomot, odjechali.

Ciche jęczenie, rżenie, charczenie na korytarzu:

Siostra Bożena:

- No i co pan zrobił, panie Kopeć? Znowu pan tę kropłówkę wyrzucił.

Chora z cewnikiem:

- Proszę siostry! Worek jest odkręcony, męża w szpitalu mam, w wodzie leżę. Proszę siostry!

Winda wróciła. Leszek:

- Tam w izbie przyjęć jest jedna kobieta.

- Wiem.

- Jak się nazywa?

- Nie wiem.

Wtoczył butlę z tlenem. Zostawił. A sam do windy. Łomot, odjazd.

Zamykam oczy.

Głos od cewnika:

- Proszę siostry! Nogi mam w wodzie, Jezu, Jezuńku...:

Siostra przy cewniku:

- No niech pani dotknie tu ręką, niech pani sprawdzi, przecież jest sucho, zmieniłam pani pościel.

Myszę: a naprawdę to ten cewnik przecieka czy nie?

I jeszcze myślę: a czy nie powinienem się zająć swoimi sprawami?

Ależ oczywiście, basen i spać! Muszę spać, to jest szpital, leczę się przecież, o tak, spać, no rozluźnić się, oddychać miarowo, raaaaz - dwaaa, raaaaz - dwaaa...:

Leszek przyjechał zaferowany, słyszę:

- A do tego wszystkiego ona jest moją ciotką.

I odjechał.

Doktór na korytarzu:

- Pani Halinko! Gdzieś jeszcze mamy leżankę?

Aha, to do Petyś, znalazł się Petyś.

- Leżankę? Chyba stoi w kazience.

- Trzeba ją przynieść, ustawić tutaj. I jedna pcłówka jest w brudowniku, tak? Proszę wyjąć, dać... o tam pod drzwi, rozumie pani, pod to skrzydło, które się nie odmyka.

- O, kurwa - mówi Petyś.

- A co izba przyjęć? - pyta siostra Bożena.

- Dzwonili.

- I jak?

- No nic nie mogą zrobić. Musimy tych dwoje gdzieś położyć.

Otdieram oczy. Leszek przestał jeździć, jest na miejscu. Niosą

z Ptrysiem leżankę, okazuje się, na moją stronę, widoczną: Tu będzie stała. A po przeciwnej, niewidocznej stronie ktoś inny się tłucze, pewnie w tym brudowniku, pewnie siostra Bożena sama sobie radzi z polówką. Lekka jest polówka: trochę aluminium, kawałek płótna. A już Ptryś nad leżanką roztrzępuje prześcieradło, cho, dziurawe, niech to szlak trafi, drugie też nie lepsze, całe na pół przedarte, koca nie ma czym owinąć:

- Psiakrew - fuka Ptryś-Halinka - co za dziadostwo zastrane!

Ale przecież wystarczy tu dodać, tam ująć, tu podczożyć, tam wykożyć, tak-smak, no i udało się jakoś, no i niby zaścielona leżanka. I już pacjentkę wiozą, tę ciotkę Leszka, jeśli dobrze rozumiałem: On ją wiezie, coś do niej mówi, ale ona jakby nie słyszała, jakby go nie poznawała, jest w szoku, zdaje się, czy ja wiem zresztą, w złym stanie, rzuca się, nie może uleżeć nawet podczas tego krótkiego przewozu, jęczy, jakoś tak przewraca głowę, oczami, aha, ma torsję:

- Tu jest nerka, o tu - mówi Leszek i podstawia jej pod brodę naczynie płaskie, zakrzywione - gdyby pani potrzebowała...:

W ten sposób mówi do ciotki, oficjalnie: pani! I znika:

Po chwili doktor: W półmroku wykonuje swoje czynności. A chora jednak przytomna: Rozmawiają:

- Co panią boli?

- Ojej, tu wszystko: Strasznie wymiotuję:

- Tu boli?

- Tu wszędzie:

- Kiedy to się zaczęło?

- Wczorajem

- Piła pani alkohol?

- Tak: Męża siostry syn miał imieniny...:

- Ale jaki był alkohol? Monopolowy czy jakiś inny?

- Ojej, wódka państwowa ze sklepu, zwykła...:

Doktor słucha serca, mierzy ciśnienie:

- W normie - mówi...:

Odchodzi: Zamykam oczy: On po niewidocznej stronie ma drugiego pacjenta na polowce wyjętej z brudownika: Ten drugi jest cichy: Maseczkę tlenową mu dadzą, słyszę:

Znowu ktoś idzie w moją stronę: Nie utworzę oczu, postanawiam, będę spać: Ale otwieram: Idzie siostra Bożena ze strzykawką do ciotki-nie-ciotki, a Ptryś niesie stojak pod kroplówkę: Już właśnie chce ją wieszac na stojaku: Już się siostra Bożena przyjrzała surowo żyłom ciotki: Już się igłą zamierza: Aż tu ciotką coś wstrząsnęło, zakręci-

ko, ni to jęk się rozległ, ni to charkot, i z ust chlusnęło wcale nie do nerki przygotowanej przez Leszka, tylko po świeżej pościeli.

Zamykam oczy:

Ciemnia. I jasna plama, rozświetlenie w ciemni: Plama w kształcie leżanki. I widok: ciotka na leżance: Taka sama jak przedtem, ale bardziej szara, syпка, jakby z piasku była, z prochu, z kurzu, czarnych kłębow: A przecież i jasna.

- Miednicę trzeba jej dać - mówi Prys.

Ciemnia, ciemnia:

Stękania, bulgoty, stuki, brzęki.

Chodzą także. Obcasami, podeszwami po wykładzinie, cicho. Tupią te konie, kłębią się w ciemni szlafroki, piżamy, fartuchy, kółka jadą, baseny latają, nie ogolone twarze prześwitują, zielone rajstopy, doktor Anna Wolska siedzi na stołku, kolana, ale:

- Pani Halinko! Co to, co to? - pyta półgłosem siostra Bożena:

Prysowi niedobrze:

Słyszę. Prys wymiotuje: Chyba w klozecie:

A tu, widzę, doktor wrócił do ciotki-nie-ciotki: Zmierzył jeszcze tętno, zapytał o coś, popatrzył na kropłówkę.

- Dobranoc pani - powiedziała:

Prys wychodzi z klozetu na chwiejnych nogach-skupach:

- Co to, pani Halinko?

Doktor Jacek Ziemia, lekarz medycyny, młodzik z wąsami, w okularach, przestępuje z nogi na nogę: A Prysowi już lepiej: Śmieje się Prys:

- Jak to co? Chyba w ciąży, kurwa, jestem: Nie widać?

I Prys wypina z lekka brzuch: Gładzi się po spodnicy:

Zamykam oczy: Spokojniej: Doktor Ziemia i Prys odeszli. Pływam w ciemni. Chrapanie: Już nie tylko ten tu przy mnie chrapie, ten puzon trąbiący: Chrapią różni, zajęcie swoimi sprawami, snami: A inni jęczą, duszą się, zajęci swoimi bólami: Tak tu wszyscy, myślę, albo jęczymy, sapiemy, dławimy się albo śpimy: Nic dziwnego, a co mamy robić, bezwolni jesteśmy, bezsilni, to szpital: Szpital i komunizm. Dwie takie rzeczy naraz: Ciemnia: Zamknięci jesteśmy w szpitalu i komunizmie:

Jęczę: Nie śpię.

Kwartalnik Społecznej Komisji Zdrowia

Cena 100 zł.

/Pismo otrzymuje subwencję od Społecznej Komisji Zdrowia z pomocą Towarzystwa "Solidarité France-Pologne"/

Dziękujemy aptekarzowi z Wersalu za lekarstwa: Edmundowi i Stefanowi dziękujemy za 20: Moniuszce za 100.