

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA I KIERUNKI DZIAŁANIA PRZEMYSŁOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA¹

z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi - Dyrektor: prof. dr hab. med. J. Indulski

Medycyna współczesna a przemysłowa służba zdrowia w szczególności zmieniają kierunek działania, przedstawiając się z działań statycznych na aktywne. Wynika to z lepszego zrozumienia istniejących zagrożeń i wzbogacenia zasobu środków, jakimi medycyna dysponuje. Bardziej skuteczna ochrona zdrowia pracowników, zwłaszcza zatrudnionych w działach szkodliwych czy pracujących w złych warunkach, wymaga współpracy lekarza z pielęgniarką i innymi członkami zespołu.

Autor artykułu szerzej omawia potrzebę uzupełniania wiedzy przez pielęgniarki oraz określa rodzaj treści, jakie powinny być uwzględnione, aby można było zwiększyć efektywność ich działań profilaktycznych i poszerzyć ich zakres.

Korzystając z dzisiejszego spotkania naczelnych pielęgniarek Przemysłowych Specjalistycznych Zespołów Opieki Zdrowotnej oraz przełożonych Wojewódzkich Przychodni Przemysłowych chcemy zwrócić uwagę na te zagadnienia, które wybijają się na plan najbliższy roku 1980 i lat następnych.

Olbrzymie zadania, jakie ma do spełnienia przemysłowa służba zdrowia i trudności w ich realizacji wynikają ze stale zwiększających się wymagań i oczekiwań ze strony naszych podopiecznych.

Musimy zdawać sobie sprawę, że przyszedł taki okres, kiedy nasze możliwości są i będą mniejsze. Nie jesteśmy w stanie rozwiązywać dalej wszystkich naszych trudności zwiększaniem etatów, przeznaczaniem następnych złotych, budowaniem nowych przychodni, zakupywaniem nowego sprzętu. Nie wynika z tego, że zahamujemy przewidziany rozwój, niemniej jednak w następnych latach będzie on powolniejszy i trudniejszy. Nasze trudności nie zmieniają faktu, że oczekiwania pacjentów nie będą mniejsze. Jest to wpływ naszego działania na świadomość społeczną tych ludzi. Sami doprowadziliśmy do wzrostu wymagań dotyczących naszych usług, żeby były one na wyższym, lepszym, kulturalniejszym poziomie.

Między 1970-1979 rokiem zwiększyła się o 3200 osób liczba pielęgniarek zatrudnionych w przemysłowej służbie zdrowia i obecnie wynosi ona 9800. Liczba lekarzy wynosiła równo 6000, a wynosi teraz 8400. W chwili obecnej na 1 lekarza przypada 1,6 etatu pielęgniarki. Jest to lepiej niż 10 lat temu, bo wtedy było 1,1 etatu.

¹ Referat wygłoszony na I kurso-konferencji dla pielęgniarek naczelnych PSZOZ i WPP 22 maja 1980 r.

Biorąc pod uwagę zadania, które stoją przed przemysłową służbą zdrowia musimy stwierdzić, że jesteśmy w dobrej sytuacji kadrowej, przy zachowaniu właściwych proporcji kadrowych. Nie możemy tego powiedzieć o wielu innych dziedzinach opieki zdrowotnej. Jest to na pewno sukces przemysłowej służby zdrowia, że udało się jej zabezpieczyć po pierwsze ilość środków, po drugie liczbę kadr. Wiemy o tym, że w wielu województwach jest szereg etatów w różnych dziedzinach wolnych i nie ma ich kim obsadzić. Udało nam się, co najważniejsze, ustabilizować kadrę. Jest ona najbardziej stabilna w porównaniu do innych dziedzin ochrony zdrowia. Jesteśmy z tego powodu dumni lecz musimy nie tylko tym szczerzyć się, ale i wykorzystać. Fakt stabilizacji kadry ma też i swoje negatywne cechy. Człowiek, który pracuje 20 lat na jednym stanowisku ma pewne zalety, zna doskonale swoje środowisko pracy (jeżeli zna), ale jednocześnie popada w rutynę, przyzwyczajenie i przyjmuje postawę, że "gospodarzem to jestem ja i tu nic się nie zmieni".

Stoi przed nami jedno wielkie zadanie: przebudowanie świadomości naszego średniego personelu medycznego, a w tym w szczególności pielęgniarek, co do zadań jakie stoją przed nimi w przemysłowej służbie zdrowia.

Jest naszym niedomaganiem, że nie udało się do chwili obecnej wyodrębnić w naszym kraju specjalnego pionu kształcącego pielęgniarki, czy inny personel medyczny, dla ochrony zdrowia w przemyśle. Nad tym pracujemy. Najbliższe lata na pewno przyniosą w tym zakresie poważne zmiany. Jest to z pewnością nasza wina, że w odpowiednim czasie niedostatecznie o to zabiegaliśmy, ale i Wasza wina, szczególnie kierowniczego personelu, ze względu na to, że przez długie lata nie było nacisku z Waszej strony. Zupełnie inny jest przecież proces kształcenia pielęgniarki środowiskowej dla pediatrii, a zupełnie inny dla pielęgniarki, która ma pracować w środowisku pracy.

Jesteśmy w wyjątkowo dobrym okresie, kiedy Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zamierza wprowadzić specjalizację dla pielęgniarek. Oczywiście pierwszy okres, który będzie musiał nastąpić - okres weryfikacji czy uznawania kwalifikacji, będzie szczególnie trudny. Ludziom, którzy pracowali wiele lat, trudno jest nagle narzucić takie same zadania jak tym, których się kształci od nowa, na nowych zasadach. Niemniej jednak metodą sukcesywnego zwiększania wymagań musimy uzyskać taki model, który będzie najbardziej optymalny do zadań jakim służy.

Chcielibyśmy mieć pielęgniarki, które oprócz umiejętności tradycyjnie pielęgniarskich będą posiadać pewne umiejętności dodatkowe, niezbędne w pracy w przemysłowej służbie zdrowia, przydatne w badaniu środowiska pracy, a jednocześnie rozumieniu jego wpływu na kształtowanie się stanu zdrowia pracownika. Jest to tak niezbędne, jak niezbędne jest rozumienie np. wpływu czynności pielęgnacyjnych na życie noworodka. W związku z tym musimy doprowadzić do sytuacji, w której nasze koleżanki, które będą spełniać w przyszłości funkcje rejonowych pielęgniarek przemysłowych, będą rzeczywiście posiadały minimum niezbędnej wiedzy, jaka jest potrzebna o środowisku pracy, a więc wiedzy higienicznej, metod pomiaru, metod oceny, pomocnych w ocenie stanu zagroże-

nia zdrowia w poszczególnych zakładach pracy. Jest to niezbędna sprawa, która musi odróżniać pielęgniarkę przemysłową od innej pielęgniarki.

Na pewno za jakieś 5 lat przygotowanie do pracy będzie rozwiązane poprzez proces kształcenia.

Jesteśmy na etapie dyskusji programów specjalizacji pielęgniarskich. Te programy chcielibyśmy w perspektywie przedyskutować z Panią, żeby ocenić, co jest w nich dobre i co jest złe, co jest realne przyjmując, a odrzucić to, co nierealne bądź niepotrzebne. Do realizacji każdego nowego zadania jest potrzebny czas. Pamiętajmy jednak o tym, że pierwszym warunkiem sukcesu jest posiadanie świadomości co musimy zmienić. I dlatego pierwszym zadaniem, jakie stawiamy przed Koleżankami jest budzenie u siebie i u podległego personelu świadomości potrzeby szkolenia specjalizującego, a w tym momencie, kiedy będzie wprowadzony przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej system specjalizacji dla pielęgniarek - wdrożenie go w życie.

Program specjalizacji dla pielęgniarek musi różnić się i będzie różnił się od programu specjalizacji dla lekarzy. Nie będziemy przecież wzywać 180 tys. pielęgniarek na szkolenie, bo jest to niemożliwe. Musimy rozwiązać tę sprawę na zasadzie samokształcenia, określić jakie są wymagania w zakresie umiejętności praktycznych i wiedzy teoretycznej. Powołane będą komisje egzaminacyjne, które sprawdzą efekty pracy samokształceniowej.

Gdy już wprowadzimy specjalizację związaną ze środowiskiem pracy i pielęgniarstwem przemysłowym, musimy postawić wyraźne wymagania, którym będą musiały sprostać pielęgniarki przemysłowe.

Drugą sprawą, która szczególnie dotyczy pielęgniarek w przemyśle (których praca różni się od normalnej pracy o charakterze pielęgnacyjnym) jest rozumienie i realizowanie w nowocześnie pojmowany sposób zadań zapobiegawczych. Zadania zapobiegawcze wykonywane przez pielęgniarkę środowiskową są zupełnie inne w środowisku bytu w miejscu zamieszkania człowieka, od tych, które są w środowisku pracy. Cały wysiłek medycyny pracy idzie w tym kierunku, aby sama praca była jak najmniej szkodliwa dla zdrowia. Między marzeniami a realiami życia jest duża różnica i do ich realizacji prowadzi ciągle długa droga.

Następna sprawa dotyczy wpływu środowiska pracy, a więc samego procesu technologicznego, na stan zdrowia. W wielu, szczególnie małych zakładach pracy, występują najcięższe warunki pracy a jednocześnie te zakłady mają małe środki inwestycyjne, słabą służbę bezpieczeństwa i higieny pracy i nie posiadają przemysłowej służby zdrowia. Występują tam często zagrożenia typu chemicznego, typu fizycznego, takie jak wysoka temperatura, wysoka wilgotność, często ciężka praca fizyczna itd. Musimy zrozumieć, że zapobieganie w przemysłowej służbie zdrowia to nie tylko nakłanianie, żeby każdy miał szczoteczkę do zębów, mył ręce i nogi, to jest przede wszystkim tworzenie bezpiecznych pod względem zdrowotnym warunków pracy i wpływanie na te warunki swoją postawą i działalnością. Pielęgniarka ma, obok lekarza, największą szansę dokonania takiej zmiany. Do tego jednak trzeba mieć szeroką wiedzę typu medycznego, a tę pielęgniarka powinna posiadać.

Medycyna współczesna, a przemysłowa służba zdrowia w szczególności, zmienia swój kierunek działania ze statycznego na działalność aktywną. To my, pracownicy medyczni mamy wychodzić do naszego podopiecznego, a szczególnie do osób wymagających szczególnej troski. Realizacja tego zadania w 90% zależy od pielęgniarek. Z tych powodów musimy zmienić rozumienie i realizowanie zadań zapobiegawczych. Musimy pamiętać, że podstawą przemysłowej służby zdrowia jest i będzie profilaktyka.

Ludzie chorują na szereg chorób niezależnie od tego czy pracują czy nie, ale ci którzy przebywają w środowisku pracy mają szansę, i tak dzieje się niestety, zachorować wielokrotnie szybciej. Czynnikiem, który wpływa na to zjawisko są złe warunki panujące na stanowiskach pracy i dlatego zapobiegawcza działalność w środowisku pracy jest szczególnie ważna.

Jeśli przyjrzymy się kobietom pracującym w przędzalni, gdzie jest wysokieza-
pylenie powietrza, wysokie natężenie hałasu, wysoka temperatura, powietrze na-
syczone elektrycznością statyczną i do tego wszystkiego jeszcze wysoka wilgot-
ność, to nie ma się co dziwić, że cechuje je wysoka zachorowalność na choroby
układu krążenia - 2,5 do 3 razy wyższa niż w innych grupach zawodowych. Zazna-
cza się też zjawisko obniżania wieku występowania tych schorzeń. Dlatego, wiedząc
o tym, służba zdrowia musi bardziej efektywnie przeciwdziałać zachorowaniom.
Lekarze i pielęgniarki przemysłowej służby zdrowia są żołnierzami pierwszej linii
w tej walce.

Uczestnicząc w wielu spotkaniach, tak z tymi, którzy organizują opiekę zdro-
wotną jak i tymi, którzy z niej korzystają wiemy, że zgłaszanych jest szereg sy-
gnałów o nieprawidłowej pracy placówek. W części są to skargi niesprawiedliwe
i dlatego zwykle bardzo boleśnie odczuwane. Ale zawsze wśród dziesięciu skarg
jest choć jedna uzasadniona, wynikająca z naszej winy.

Oczywiście nie mamy wpływu na to co jest od nas niezależne, ale wiemy także,
że jeszcze w wielu placówkach organizacja pracy, sprawność działania i stosunek
personelu do podopiecznych pozostawiają wiele do życzenia.

Możemy cieszyć się, że proporcjonalnie do innych dziedzin służby zdrowia
jesteśmy najmniej krytykowani. Nam zależy jednak, aby w ogóle nie było powodów
do krytyki, ażeby wszystkie sprawy w 100% były rozwiązywane poprawnie.

Nie można dopuszczać do lekceważenia pacjentów przez rejestratorki. Są one
bardzo ważnym ogniwem w pracy przychodni, one nawiązują pierwszy kontakt z pod-
opiecznymi i ich sposób odnoszenia się do nich wpływa na kształtowanie się o-
pinii o przemysłowej służbie zdrowia. W wielu przypadkach personel ten traktuje
jednak pacjenta według hasła "pacjent nasz wróg" i przyjmuje taką postawę, aby
go wystraszyć. Metody straszenia są różne i z pewnością zależą od inteligencji
i zdolności ludzi. Gama możliwości między niegrzecznym, oschłym a kulturalnym
traktowaniem pacjenta jest bardzo duża.

Jeśli nie rozwiążemy w naszych placówkach sprawy stosunku personelu medycz-
nego do podopiecznych, to samo zwiększenie wiedzy medycznej nie zmieni opinii o
nas. Ponieważ wiele skarg dotyczy nie merytorycznej strony świadczeń naszych
jednostek, ale tego co odnosi się do sfery życzliwości, ciepła i kulturalnego

sposobu bycia, to wydaje się nam, iż jest to rezerwa, która tkwi w placówkach i która powinna być wykorzystana w najbliższym czasie dla poprawy sytuacji.

Wiadomo, że człowiek z kontaktu z instytucją najdłużej pamięta, to co było przykre i złe, mniej zwraca uwagi na to co dobre, a w każdym razie mniej o tym mówi. Istnieje wiele przychodni pracujących w ciężkich warunkach a osiągających duże efekty i mających duże uznanie. Fakt ten świadczy o tym, że jest to możliwe. Musimy zwrócić większą niż dotychczas uwagę na poprawę tego co nazywamy ogólnie sprawnością działania instytucji, musimy poprawić organizację pracy.

Musimy też nauczyć pielęgniarki organizować i zarządzać. Na całym świecie porządek w instytucji opieki zdrowotnej zależy od pielęgniarek. Nie widzę powodu, ażeby u nas było inaczej. Pielęgniarka musi umieć zorganizować ruch pacjentów, przepływ dokumentacji, zadbać o porządek w tej dokumentacji, wykorzystanie czasu pracy personelu, dokładność informacji.

Porządek i czystość - to są podstawowe sprawy.

Jest to pozornie niby wszystko stare i dobrze znane, ale sygnały o aktualnym stanie panującym w placówkach napawają nas troską. Wydaje się nam, że wiele spraw można zmienić.

Trzeba doprowadzić do tego, żeby nie było zarzutów do przemysłowej służby zdrowia, że pacjent niepotrzebnie traci wiele czasu stojąc po jakiś numer, czy stojąc pod drzwiami w oczekiwaniu na przyjęcie.

Badania przeprowadzone przez kolegów z Instytutu Medycyny Społecznej i tu u nas, w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia i w Zakładzie Epidemiologii, wykazują jedną rzecz, która jest wręcz przerażająca. Jeśli weźmiemy czas, który pacjent poświęcił na kontakt z placówką służby zdrowia, to okazuje się, że 95% czasu jest straconego na zagadnienia niemedyce, a jedynie 5% czasu jest zużyte na kontakt z pielęgniarką albo z lekarzem. Struktura tych 5% jest następująca: 80% czasu zajmuje rozmowa z lekarzem, a 20% oczekiwanie na świadczona w postaci recepty lub zwolnienia. Zdaję sobie sprawę z tego, że niemożliwe jest, aby pacjent przychodził o 10⁰⁰ a o 10⁰¹ przyjęty został przez lekarza. Kraj sąsiadujący z nami, Czechosłowacja, posiada np. doskonałą umiejętność wprowadzania takich "bardzo naukowych i nowoczesnych metod" jakimi są ołówki, papier i informacje od pacjentów; pacjent otrzymuje kartkę z informacją, że musi zgłosić się do lekarza o godz. 11³⁰. Przychodząc do lekarza, kartkę tę oddaje pielęgniarce, która kontroluje godzinę zgłoszenia. W wyniku takiej organizacji pracy Czesi tracą w stosunku do nas 10-krotnie mniej czasu na oczekiwanie.

Oczywiście trzeba wychować pacjenta, przyzwyczaić go do tego, trzeba wychować lekarza. Zdajemy sobie sprawę z tego, że lekarze nie należeli nigdy do najbardziej punktualnych ludzi na świecie. Nie jest to jednak wcale argument przemawiający za tym, żebyśmy nie mogli zreorganizować istniejącego systemu.

Czas stracony przy okazji przeprowadzania badań okresowych czy wstępnych jest stracony bezpowrotnie. Ażeby uświadomić sobie jak duże są to wielkości wystarczy przypomnieć, że mamy zatrudnionych 10,5 mln osób. Powinni oni codzien-

nie zgłosić się do pracy. Z tej liczby - 1 milion 200 tys. osób przebywa każdego dnia na urlopach różnego rodzaju (porodowy, macierzyński, na wychowanie dziecka) i są to nieobecności usprawiedliwione; 1 milion 100 tys. osób ginie gdzieś każdego dnia z pracy bez żadnego usprawiedliwienia. Są tacy, którzy oskarżają nas, że z tej liczby 1 milion 100 tys. - od 300 do 400 tys. przebywa w naszych przychodniach. Nikt nie może udowodnić prawdziwości tego stwierdzenia, bo nikt nie przeprowadzał takich obliczeń.

Wiemy jednak, że czas stracony z powodu oczekiwania, z powodu złej organizacji pracy w przychodni, szczególnie w przemysłowej służbie zdrowia jest niezwykle dotkliwy. Powoduje to argumentacje ze strony środowisk gospodarczych, że nie mogą popierać naszych akcji czynnego poradnictwa, czy zwiększenia kontaktu pacjent - pracownik medyczny, gdyż wtedy nie będzie komu pracować.

Wydaje nam się, że w omawianej kwestii możemy zrobić dużo i oczekujemy od Pań znacznej pomocy.

Instytut podejmie szereg wysiłków organizacyjnych i szkoleniowych, żeby zwiększyć umiejętność oraz upowszechnić wiedzę w zakresie organizowania pracy, ale tego nie załatwi się ani kursami, ani instrukcjami. Sprawę tę można załatwić tylko w zakładzie pracy, na miejscu - pod jednym warunkiem, iż zapewniona będzie kontrola i nadzór szczebla wojewódzkiego i z ramienia ZOZ. Warto jest poznać i przyjrzeć się od strony pacjentów, jak wygląda możliwość dostania się do lekarza. Musimy większy nacisk położyć na dyscyplinę pracy, na to by ludzie wypracowali ten czas, za który otrzymują wynagrodzenie, żeby chcieli w tym czasie pracować a nie przebywać tylko w miejscu pracy. Ta sprawa najmniej podlega kontroli władz, najbardziej zaś podlega kontroli społecznej, bo ludzie wiedzą, kto i w jakiej powinien być pracy. Nie zwiększy się nasza efektywność pracy, jeśli ludzie nie będą wypracowywali opłacanego czasu pracy.

Dawno już minęły te czasy, kiedy jedyną chwałą było to, że wypisywaliśmy na tablicach, w którym to województwie, czy którym zakładzie pracy zatrudniono więcej personelu albo kupiono droższą aparaturę. Musimy zadać sobie zasadnicze pytanie "i co z tego wynika?". Obecnie, każdy nowy etat niezależnie od tego jakiego dotyczy personelu, ale w szczególności personelu fachowego (lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, technika, laboranta) musi przynosić zwiększenie wydajności pracy.

Mierzenie efektów pracy służby zdrowia jest rzeczą niezwykle trudną. Tu nie da się wyliczyć dokładnie, jak przy produkcji butów czy gwoździ, ile sztuk pracownik ma wykonać w jednostce czasu. Niemniej posiadamy miary, jakimi można mierzyć efektywność opieki zdrowotnej i określać czy opieka zdrowotna poprawiła się, czy pogorszyła, czy występuje stabilizacja stanu zdrowia. Chciałem podkreślić, że musimy już od 1980 r. wprowadzić te miary w życie.

Ten kto finansuje służbę zdrowia interesuje się efektami końcowymi, a nie tym, co dzieje się wewnątrz sektora służby zdrowia. Pytanie rządu jest takie: Czy z dodatkowych nakładów wynika, że klasa robotnicza będzie zdrowsza? Czy z tego wynika, że przypadki chorób będą szybciej wychwytywane? Czy będzie się

im lepiej przeciwdziałać poprzez sygnalizowanie, monitorowanie itp. Musimy mieć pewność, że w wyniku naszych starań efekty z roku na rok zwiększają się.

W ostatnich czterech miesiącach byliśmy na kilku wizytacjach w pięciu województwach i okazało się, że są takie placówki w których przez 6 lat nie wykonuje się badań okresowych. To po co jest przemysłowa służba zdrowia? Takie fakty są dla nas bardzo niepokojące. Co to jest za zakład pracy, który ma przemysłową służbę zdrowia, a do którego są przyjmowani do pracy nowi ludzie, którzy nie przechodzą badań wstępnych? Żadne argumenty produkcyjne nie mogą tego faktu usprawiedliwić. Mamy i inne sytuacje, kiedy placówka przemysłowej służby zdrowia ma nagromadzone całe tony wyników badań środowiska pracy, z których nikt nie wyciąga wniosków i nie analizuje ich.

Musimy zwiększyć efektywność badań okresowych i ich skuteczność. Jeśli w karcie zdrowia pracownika jest informacja, że choruje on na chorobę wrzodową, gośćcową czy chorobę układu krążenia, to powinien on znaleźć się w kartotece dyspanseryjnej i trzeba tak organizować działalność, aby w określonych odstępach czasu zgłaszał się na kontrolę. Dopilnowanie tego jest zadaniem pielęgniarki.

Jeśli oczekuje się od nas wzrostu efektywności pracy to znaczy, że w tej samej jednostce czasu mamy wykonywać więcej zadań, przy użyciu tego samego lub nieznacznie zwiększonego personelu. Każdy wzrost liczby personelu musi być rzeczywiście uzasadniony.

Żeby personel lepiej wykonywał swe zadania musi posiadać większe kwalifikacje i lepszą motywację do pracy. I dlatego oczekujemy od pielęgniarek naczelnych, że rozwiną taką działalność, która ułatwi i umożliwi uzyskanie większej efektywności opieki zdrowotnej.

Zatrudnienie lekarzy dentyków w polskiej służbie zdrowia należy do najwyższych w Europie. Nasuwa się pytanie: czy z tego wynika, że stan jamy ustnej polskiego robotnika jest najlepszy w Europie? Myślę, że nie. Niedługo spotkamy się tutaj z kolegami i koleżankami, którzy koordynują działalność stomatologiczną. Stomatologia jest tą dziedziną, w której w przybliżeniu można obliczyć ile czasu zajmie oczyszczanie zęba, założenie plomby itd. Nawet uwzględniając 10-15% na stratę czasu, można określić liczbą wykonanych prac w ciągu 7 godzin. Wyliczenie średniego wykorzystania czasu pracy wskazuje, że co najmniej 3-krotnie powinien ulec poprawie stan zdrowia jamy ustnej ludzi.

A co mówią lekarze dentyści? Mówią, że są gotowi do pracy ale pacjent nie chce przychodzić. Myślę, że połowa jest w tym prawdy, ale świadczy to na pewno, że szwankuje aktywna oświata zdrowotna. Przecież nie chodzi o to aby wygłaszać umoralniające czy upolityczniające przemówienia, ale zdajemy sobie sprawę, że takie bogate państwo jak Wielka Brytania dopiero uchwałą parlamentu w 1981 roku pozwala sobie na wprowadzenie pierwszych 1000 lekarzy do przemysłu i powiada, że może z Narodowej Służby Zdrowia czyli z kieszeni podatnika sfinansować dopiero pierwszy tysiąc. My finansujemy 3500 dentyków, 9000 lekarzy i 9000 pielęgniarek. Pracujące społeczeństwo ma prawo od nas oczekiwać, żeby efekt naszej pracy był proporcjonalnie większy. To chyba zupełnie proste i jasne.

Jeśli przyczyną jest rzeczywiście niski poziom oświaty zdrowotnej, to znaczy, że nie jest ona adekwatna do istniejących potrzeb i co najgorsze - nie jest adekwatna do naszych możliwości, które są znacznie większe. Chcielibyśmy wykorzystać Wasz doping, Wasz autorytet i doświadczenie, aby zmienić sytuację w zakresie oświaty zdrowotnej.

Światowa Organizacja Zdrowia stworzyła definicję nowoczesnego rozumienia zapobiegania, którego elementem jest oświata zdrowotna. Oświata zdrowotna nie polega tylko na zakupieniu filmu czy podaniu ogłoszenia, które będzie wyświetlane przed filmem w rodzaju "zgłoś się do poradni W". Ważne jest natomiast to, co powie się człowiekowi w rozmowie bezpośredniej, szczególnie uwzględniając jego osobistą sytuację. Wiemy, że wiele lekarzy i pielęgniarek ma rzeczywiście duże osiągnięcia w tym zakresie. Brytyjska służba zdrowia aż 40% czasu poświęca na bezpośrednie zapobieganie w postaci oświaty zdrowotnej. Uzyskuje dzięki temu podniesienie świadomości człowieka o swoim zdrowiu i akceptację przez podopiecznego tego, co mówi do niego personel. Jeśli nie wywoła się emocjonalnej postawy wspólnie z tą racjonalną postawą, to nasze działania będą bezskuteczne. Dlatego jednym z ważnych zadań, które musimy rozwiązać jest zwiększenie skuteczności funkcjonowania oświaty zdrowotnej. Nie są to sprawy łatwe. Wszelkie wysiłki w tym zakresie nie przynoszą rezultatów w ciągu miesiąca czy jednego roku, tym bardziej nie można ich oddalać ich realizacji.

W chwili obecnej w medycynie pracy na świecie i w naszym kraju następuje zmiana głównych kierunków natarcia. Przez wiele lat słyszeliśmy i przyzwyczailiśmy się do tego, że istnienie przemysłowej służby zdrowia jest uzasadnione tym, że musi ona walczyć o poprawę warunków środowiska pracy, nikt nie kwestionował faktu, że istnieje związek między środowiskiem pracy a stanem zdrowia pracownika i o zmniejszenie albo wyeliminowanie chorób zawodowych. Możemy powiedzieć, że w tej sprawie odnieśliśmy prawie zwycięstwo. Można by liczbę 7000 chorób zawodowych rocznie uznać za autentyczne zwycięstwo, gdyby nie fakt, że 60% tych chorób dają zaledwie 24 zakłady pracy. To znaczy, że gdybyśmy poprawili warunki pracy tylko w tych 24 zakładach, to mielibyśmy o połowę mniej przypadków zachorowań. Trzeba jednak zwrócić uwagę na nowe, ale narastające zjawisko, które jest przez nas niedostrzegane i niedoceniane. Dotyczy ono chorób tzw. parazawodowych, to jest tych chorób, których zwiększone występowanie związane jest z procesem pracy. Musimy uczciwie powiedzieć, że jesteśmy nieprzygotowani, żeby od dziś przystąpić do rozwiązywania problemu.

Wszyscy mają szansę zachorować na choroby układu krążenia, ale jeśli w tkalni czy przędzalni w danych grupach wieku o 10 lat wcześniej występuje choroba, jeśli występuje ona kilkakrotnie częściej w badanej grupie niż w pozostałych działach zakładu świadczy to o tym, że istnieje bezpośredni związek i wpływ między warunkami pracy a chorobą. Wpływa i temperatura i wilgotność i ponad wszystko ciężka praca fizyczna. Te czynniki współwystępując dają zwiększone ryzyko zawodowe. Nie jest ono nigdzie ostro zaznaczone, nie figurowało nigdzie jako ryzyko zawodowe, może być nawet poniżej normy w aspekcie prawnym ale ponad normę w aspekcie biologicznym.

Cała przemysłowa służba zdrowia przygotowuje się obecnie do możliwości zaatakowania tych zjawisk zdrowotnych, które są najczęściej rozprzestrzeniane wśród pracujących w przemyśle i w których można znaleźć związek między częstotliwością, wielkością występowania danego zjawiska a procesem pracy i środowiskiem pracy.

W związku z tym musimy przygotować się do zupełnie nowych zadań. Chorobami, które w tej chwili ze względu na częstotliwość występowania i następstwa zostały uwzględnione przez resort w opracowywanych planach zwalczania są choroby nowotworowe. Jest to bardzo zawiłe zjawisko. Naszym zadaniem jest zaatakować nie te ostre skutki, jakie ujawniły się, ale przyczyny, które występując w procesie pracy w małych podprogowych dawkach mogą w przyszłości doprowadzić do powstania choroby, po 8, 10 a nawet 17 latach.

W związku z tym musimy przestawić merytoryczną działalność całej przemysłowej służby zdrowia i będziemy to czynili. Udział w tych zadaniach średniego personelu medycznego jest bardzo wielki, bowiem podstawą do osiągnięcia jest pozyskanie sobie załogi i jej akceptacji w czym pielęgniarki mogą być bardzo pomocne. Jeśli Holendrzy prowadzą np. walkę z chorobami układu krążenia to swe działania opierają na dobrowolnym zgłaszaniu się. Mówią, że każdy powinien co najmniej raz na pół roku zgłosić się na badania, sprawdzić jakie ma ciśnienie i z kartą ciśnienia przyjść do lekarza. Propagują także, że raz w roku należy poddać się badaniu okulistycznemu w celu zbadania dna oka. Jeśli kobieta ma 40 lat a mężczyzna 45 to obowiązkowo co pół roku powinni badać ciśnienie gałki ocznej. Jest to profilaktyka, która przynosi dobre rezultaty, których często pacjent nie dostrzega, nie ceni, sugerując raczej lekarzowi, żeby co pewien czas podjąć badania bardziej skomplikowane, np. w postaci badania osocza na zawartość tłuszczu i białek.

Dzisiaj współczesna wiedza dysponuje szeregiem testów, które stosowane w skali masowej mogą dać doskonałe rozpoznanie sytuacji zdrowotnej załogi. Ale jest to dodatkowe badanie dla przemysłowej służby zdrowia, poza badaniami nowo wstępujących czy okresowymi i załatwianiem tych osób, które zgłaszają się na bieżąco z doraźnymi dolegliwościami. Wymaga to planowania działalności na różnych poziomach z ukierunkowaniem na określone sprawy.

Opanowaliśmy choroby zakaźne, natomiast narastają te choroby, które związane są ze stresem, nierytmicznym i złym żywieniem się. Także za priorytetową w przemyśle musimy uznać chorobę gośćcową, której występowanie charakteryzuje ciągle tendencje zwykłe. Ta grupa chorób jest jak wiadomo bardzo silnie związana z chorobami układu krążenia.

Zmniejsza się nam liczba ciężkich wypadków przy pracy, ale nie możemy tego powiedzieć o wypadkach średniej ciężkości i lekkich. Musimy na tę sprawę zwrócić baczniejszą uwagę bo tę sytuację można opanować. Znamy szereg krajów, a nawet u nas szereg zakładów pracy, którym się to powiodło.

Nie chcę wiele mówić o sprawie absencji chorobowej, która wywołuje szereg ostrych reakcji. Jakby samej sprawy nie nazywać to wiadomo, że absencja chorobowa zależy od: stanu zdrowia pracownika oraz wpływu środowiska pracy.

Stan zdrowia pracownika - tylko częściowo zależy od nas. Może się zdarzyć, że podejmie pracę w zakładzie ktoś, kto jest genetycznie obciążony, kto jest słabszy, ale wtedy też nasuwa się pytanie: co robiliśmy badając go przed przystąpieniem do pracy. Tu wyłania się sprawa badań ergonomicznych i z zakresu fizjologii pracy, których wyniki pomogłyby w doborze najbardziej odpowiadającego rodzaju pracy. Dlatego w przemysłowej służbie zdrowia, szczególnie w dużych zakładach pracy, będziemy rozbudowywać pracownie fizjologii i psychologii pracy dające możliwość optymalizacji w układach człowiek - maszyna - praca. Jest to zagadnienie przyszłości. W tym tkwi jedna z wielkich rezerw zwiększania wydajności pracy.

Sprawa właściwego doboru człowieka na właściwe stanowisko pracy jest zależna w 90% od służby zdrowia, ale tylko wówczas, gdy służba zdrowia będzie dysponowała dostateczną informacją na temat każdego stanowiska pracy, gdy będzie dysponowała charakterystyką stanowiska pracy i lekarz badający pracownika będzie mógł sprawdzić, czy cechy osobnicze danego człowieka odpowiadają danemu stanowisku pracy.

Wchodzimy w taki okres, kiedy wzrasta liczebność roczników zbliżających się do okresu emerytalnego, które w naturalny biologiczny sposób wymagają opieki medycznej i specjalnego podejścia. Ze względu na niedobór rąk do pracy przemysł został zmuszony do zatrudnienia większej liczby osób niepełnosprawnych, o zmniejszonej sprawności fizycznej.

Realizacja prawidłowego zatrudniania pracowników zależy od opracowania charakterystyk stanowisk pracy, bo bez nich niewiele się zrobi. Przy budowaniu informacji o stanowiskach pracy rola średniego personelu medycznego jest olbrzymia i co najważniejsze - do tej pory niewykorzystana.

Wobec narastania zagrożeń chemicznych w krajach uprzemysłowionych, także w Polsce konieczne staje się wymaganie od średniego personelu poszerzenia wiedzy w zakresie bezpieczeństwa chemicznego. Dlatego w procesie kształcenia nowych roczników pielęgniarek, laborantów, jak i tych koleżanek, które aktualnie pracują w przemyśle, musimy zastosować zwiększoną dawkę wiedzy, która dotyczy w ogóle szkodliwości chemicznych, ryzyka, a w szczególności tych, z którymi one w swoim zakładzie stykają się. Jest to zagadnienie, którego nie możemy pominąć. Narastają także nowe szkodliwości, jak szkodliwości typu promieniowania jonizującego, ujawnia się coraz więcej nowych dotychczas nieznanych źródeł promieniowania. Dotyczy to dla przykładu budownictwa mieszkaniowego. Wiemy, że dziś na całym świecie do produkcji elementów prefabrykowanych używa się popiołu przemysłowego. Popiół ten zawiera w sobie substancje stałe powstające w wyniku spalania węgla. My również posiadamy pokłady węgla, który posiada dużą radioaktywność. Jeśli to jest zgromadzone w tonie węgla, to jest zupełnie inaczej, aniżeli skumulowane w pół kilogramie popiołu, który został umieszczony w ścianie przykładowego budynku. Musimy zatem zwiększyć naszą wiedzę, umiejętność wykrywania promieniowania w różnych sytuacjach tych, które oczywiście na dziś nie dają skutków, ale mogą je dawać przyszłym pokoleniom.

Inny problem, to zagrożenie pól elektromagnetycznych, linii przesyłowych wysokiej częstotliwości, wysokiego woltażu. Wiemy dzisiaj na świecie, że w domach nad którymi przebiegały linie wysokiego napięcia rodzi się o 50% więcej dzieci z wadami układu krążenia. Podobne zagrożenie dotyczy pracowników, którzy pracują w wysokim natężeniu pól elektromagnetycznych o niskiej częstotliwości. Nasza wiedza wzrasta, a w związku z tym musi wzrastać nasze przeciwdziałanie.

Weźmy przykład wibracji czy hałasu. W tych zakładach pracy, w których nie mierzy się poziomu hałasu, wielu ludzi jest szczęśliwych, że jest dobrze, a wtedy kiedy zaczyna się mierzyć nagle w ciągu jednego dnia okazuje się, że jest bardzo źle. Nie oszukujmy się (obecnie nie mamy sprzętu w takiej ilości), ale gdy przystąpimy do autentycznego pomiaru we wszystkich zakładach pracy, z dnia na dzień urośnie problem ryzyka zawodowego, jakim jest hałas lub wibracja. Nie jestem w stanie oczywiście wymienić wszystkich czynników narażenia zawodowego.

W niektórych krajach, np. w Wielkiej Brytanii, pielęgniarka, która ma pracować w przemysłowej służbie zdrowia musi odbyć specjalny staż, połączony ze szkoleniem składającym się z dwóch części: samokształcenia oraz z kształcenia zorganizowanego stacjonarnego, następnie musi zdać egzamin i dopiero wówczas nazywa się pielęgniarką dyplomowaną przemysłową. Nie wiem czy czasem nie zajdzie potrzeba, żebyśmy w pewnym momencie i w naszym kraju takie szkolenie wprowadzili. Wiemy, że już dzisiaj musimy zmienić tok kształcenia. Wiemy, że musimy kształcić inaczej. Dlatego przedstawiamy tu Paniom ten cały wachlarz trudnych spraw, nie po to aby straszyć, ale po to, żebyście rozumiały odpowiedzialność swojej pracy, trudność wykonywanych obowiązków przemysłowej służby zdrowia, a z drugiej strony - doceniały jej rangę i znaczenie.

Działanie służby zdrowia ma jeszcze dotyczyć dwóch spraw. Jedna z nich dotyczy w ogóle bezpieczeństwa i higieny pracy zakładu pracy. Prawdą jest, że Kodeks Pracy obowiązki te nałożył przede wszystkim na administrację zakładu pracy, ale jest naszym moralnym obowiązkiem współdziałać z zakładem pracy, sygnalizując problem, wskazując miejsca występującego zagrożenia i środki zaradcze. Tutaj postawa "urzędnicza" nie rozwiąże sprawy. Nie chodzi o bezpieczeństwo sumienia; napisałam, włożyłam w akta, podpisali i podstemplowali, przyjęli do wiadomości, a więc sprawa jest rozwiązana. Wiemy, że w wielu zakładach pracy można by rozwiązać ten problem bez inwestycji, dodatkowych środków, wykorzystując tylko posiadany potencjał. Naszą rolą jest na każdym kroku wskazywać zakładowi pracy; administracji, czynnikom społeczno-politycznym a szczególnie naszemu partnerowi, z którym na co dzień musimy współpracować tj. związkom zawodowym. Związki zawodowe są naszym najbliższym partnerem i umiejętność ułożenia współpracy z nimi jest podstawą naszego sukcesu. Jest to autentyczna siła w zakładzie pracy.

Ostatnia sprawa, o której chciałbym powiedzieć dotyczy stosunków międzyludzkich.

Wiemy, że jednym z czynników narażenia zawodowego najbardziej charakterystycznym dla XX wieku, nie docenianym uprzednio przez wiele wieków, a może nie występował on w takiej postaci jest czynnik stresu, wynikający ze złych stosunków międzyludzkich, z pośpiechu, stawiania nieodpowiednich zadań dla nieodpowiednio przygotowanych ludzi, słowem stwarzanie sytuacji, w których człowiek nie może się samorealizować. Jeśli chcemy przeciwdziałać sytuacjom stresowym z zewnątrz systemu, tzn. z zewnątrz przemysłowej służby zdrowia, to największym partnerem do opanowania sprawy jest pielęgniarka. Jest ona bowiem czynnikiem wiążącym między pacjentem a personelem innego typu. Dlatego sprawa wiedzy psychosocjologicznej musi być również w naszej świadomości zarejestrowana. Niemniej jednak jesteśmy zobowiązani zwracać uwagę na fakt, że nie jest to jedyny czynnik który uszczęśliwia ludzi. Ludzie oczekują czegoś więcej, szczególnie nie wtedy, kiedy rzeczywiście sami wnoszą w pracę własną inwencję, własne zaangażowanie, rzetelny wkład pracy i oczekują, aby ich partner, a szczególnie przełożony umiał to cenić.

Nie jesteśmy w stanie opanować naszych problemów, jeśli nie stworzymy odpowiedniego systemu motywacyjnego niezbędnego do uzyskania pracy lepszej, bardziej zaangażowanej. Ma to dwa olbrzymie aspekty, aspekt osobistego szczęścia i zadowolenia z wykonywanej pracy, a także aspekt wychowawczy w stosunku do innych. Jest to jednak związane z tak niezwykle ważnym elementem, jakim jest poczucie sprawiedliwości i rzetelnej oceny za dobrze wykonywaną pracę. Ludzie różne rzeczy zniosą, ale nigdy nie mogą znieść niesprawiedliwej oceny, szczególnie wtedy, kiedy dobrze pracują. Mamy rozbudowany system kar i nagród. Pewno lepiej byłoby gdybyśmy stosowali więcej nagród mniej kar, ale jeśli mamy już stosować nagrody, to ważne jest żebyśmy stosowali je trafnie.

Nie jest prawdą, że czynnik ekonomiczny, czynnik wynagrodzenia za pracę jest jedynym i najlepszym. Przywykliśmy tak mówić, ale wiemy o tym, że są stanowiska, na których jeśli nawet dwukrotnie zwiększy się wynagrodzenie, a nie będzie motywacji osobistej pracownika, nie będzie on zaangażowany w to co robi, to i tak nie uzyska się większego efektu.

Drugi aspekt tej sprawy tj. wpływ służby zdrowia na sytuację w zakładzie pracy. Zwróćcie Koleżanki uwagę na fakt, że służba zdrowia jest instytucją mającą szeroki i częsty kontakt ze społeczeństwem. Tylko handel posiada więcej kontaktów ze społeczeństwem. Przeciętny obywatel styka się ze służbą zdrowia dziesięć razy w roku. Musi spotykać się, a więc siła oddziaływania na obywatela, na pracownika jest olbrzymia. Wydaje nam się, że tych instrumentów do dnia dzisiejszego nie umiemy wykorzystać. Jeśli zastanowimy się, kto z personelu styka się najczęściej to okaże się, że jest to personel ze średnim wykształceniem medycznym. Ludzie pracujący w służbie zdrowia muszą być szczególnego pokroju. Muszą posiadać szczególnego rodzaju cechy osobowościowe, być ofiarni i wyrozumiali. Pielęgniarka, lekarz nie mogą obrażać się na pacjenta, a już na pewno karać go przez niezapisywanie leków czy nieprzyjęcie do zakładów służby zdrowia. Jesteśmy odpowiedzialni za to, by pacjent nie doznawał stresów w zakładzie służby zdrowia.

W podsumowaniu przeprowadzonych rozważań trzeba powiedzieć, że przed służbą zdrowia postawionych jest wiele zadań. Są to zadania różnego typu: czysto fachowe, merytoryczne, organizacyjne, wychowawcze. Realizacja ich odbywa się na różnych szczeblach zarządzania. Niemniej jednak zadania te nie mogą być wykonane bez aktywnego udziału, poparcia i akceptacji personelu ze średnim wykształceniem medycznym.

J. Indulski

THE PRIMARY ASSUMPTIONS AND TRENDS OF ACTIVITIES CARRIED ON BY OCCUPATIONAL HEALTH SERVICE

Summary

Contemporary medicine, particularly occupational health service, are changing their trend of activities from static to active orientation. This results from better comprehension of hazards and enrichment of resources pertaining to occupational health service. More effective health care for workers, particularly those employed in divisions posing a risk, calls for the cooperation of the physician and nurse with other staff-members.

The author more comprehensively analyses the need to promote nurses knowledge and possibilities of increasing the effectiveness of nurses preventive activities.

Я. Индульский

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОМЫШЛЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Содержание

Современная медицина, и особенно промышленное здравоохранение, меняют направление деятельности, переходя от статических к активным действиям. Это обусловлено лучшим пониманием существующих опасностей и обогащением набора средств, какими обладает медицина. Более эффективная охрана здоровья лиц, особенно тех, работающих в тяжёлых условиях или в присутствии вредных веществ, требует сотрудничества врача, медсестры и других членов медицинского коллектива.

Автор статьи шире рассматривает потребность пополнения знаний медсестрами, а также определяет вопросы, которые следовало бы учесть для повышения эффективности их профилактической деятельности и расширения её объёма.