

MEDYCYNA PRACY

DWUMIESIĘCZNIK

ROK VIII

1957

Nr 5

P R A C E O R Y G I N A L N E

Jerzy Nofer

ZAGADNIENIE ABSENCJI CHOROBOWEJ W PRZEMYŚLE

Z Instytutu Medycyny Pracy w Przemysle Włókienniczym i Chemicznym w Łodzi
Dyrektor: doc. dr J. Nofer

Absencja chorobowa, inaczej zachorowalność połączona z czasową niezdolnością do pracy, jest problemem, któremu w piśmiennictwie światowym poświęca się coraz więcej uwagi.

Przyczyną ogólnego zainteresowania problemem absencji chorobowej w przemyśle jest fakt, że w wielu krajach wykazuje ona ostatnio tendencję co wzrostu, a w większości państw ustabilizowała się na poziomie znacznie wyższym niż przed wojną. Tabela I, ryc. 1, 2 ilustrują tę tendencję na przykładzie kilku wielkich zakładów amerykańskich i Zakładów Philipsa w Holandii. Wzrost absencji chorobowej po wojnie zanotowały także statystyki włoskie, francuskie i fińskie.

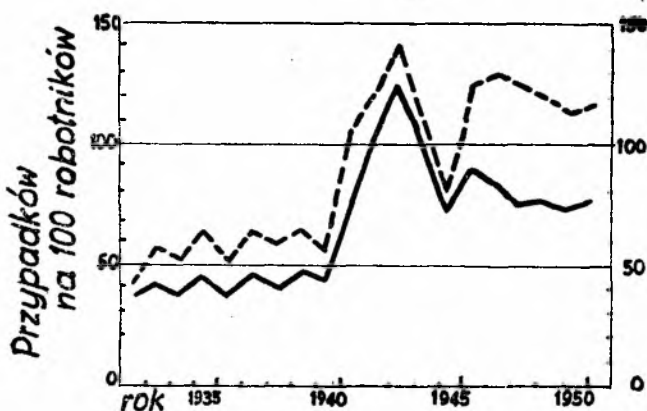
T a b e l a I

Liczba przypadków zachorowań trwających ponad 7 dni na 1000 zatrudnionych
(obliczono na podstawie danych Gafafera w USA *)

Rok	1935—1936	1943	1944	1945	1947	1948	1950	1951
Mężczyźni .	92,9	138,1	140,9	147,4	111,9	104,5	116,8	131,2
Kobiety .	146,4	204,1	221,0	257,9	260,4	257,2	258,4	315,1

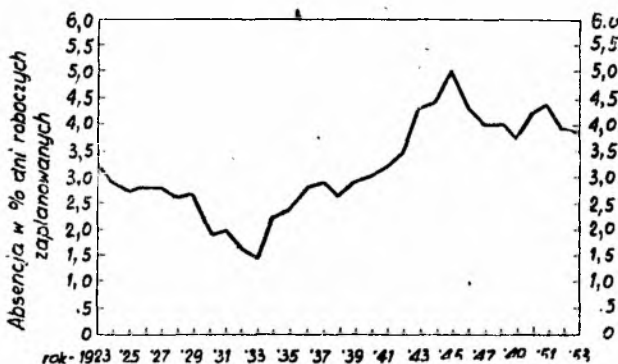
W Związku Radzieckim w latach 1950 — 1954 również nastąpił wzrost absencji chorobowej. W 1955 roku nastąpiło tam obniżenie wskaźników, częściowo jednak wskutek zmiany w 1954 systemu wydawania zwolnień. U nas obserwujemy w latach 1953 — 1955 nieznaczny wzrost absencji chorobowej. Według danych, jakie udało się nam osiągnąć, poziom absencji

* nie uwzględniono wypadków przy pracy



Ryc. 1. Zachorowalność i czasowa utrata zdolności do pracy w zakładach Philipsa w latach 1930 — 1952 (wg Fortuina).

— mężczyźni
- - - kobiety



Ryc. 2. Absencja chorobowa w N. York Telephone Company w latach 1923 — 1953 (wg N. Plummera i L. E. Hinkle'a).

chorobowej w ostatnich latach kształtował się w różnych krajach następująco: (tab. II).

T a b e l a II

Niektóre wskaźniki absencji chorobowej w kilku państwach (dane przybliżone uzyskane na podstawie różnych źródeł)

Kraj	Rok	Dni stracone na 100 zatrudnionych	
		Mężczyźni	Kobiety
USA . . .	1951	900	1300
Holandia . .	1951	800	1200
Szwecja . .	1951	1200	2300
Włochy . .	1951	800	1430
Francja . .	1951	1600	
Polska . .	1951	ok. 1000	



Powodem, który przede wszystkim mobilizuje do analizy przyczyn absencji chorobowej i opracowania sposobów jej zmniejszenia, są straty ekonomiczne jakie wskutek absencji chorobowej ponosi przedsiębiorstwo i gospodarka narodowa.

Na straty przemysłu składają się: 1) wartość produktu nie wytworzonego z powodu absencji; 2) koszty leczenia i dodatkowe odszkodowanie np. za wypadki przy pracy, choroby zawodowe itp.; 3) koszty utrzymania aparatu ubezpieczeniowego; 4) straty wynikające z dezorganizacji produkcji (zaburzenia na stanowiskach pracy związanych produkcyjnie z czynnościami wykonywanymi przez robotnika chorego, konieczność zastępstw przez pracowników mniej wykwalifikowanych, spadek wydajności pracy w okresie po chorobie itp.).

Straty robotnika polegają na utracie części zarobku, ponieważ ze silki chorobowe są zwykle niższe niż normalne zarobki, na pokrywaniu całości lub części kosztów leczenia oraz na często długotrwałym obniżeniu wydajności pracy w następstwie choroby.

Wielkość strat ekonomicznych spowodowanych absencją chorobową szacuje się w St. Zjednoczonych na ok. 10 miliardów dolarów rocznie (*Plummer*). Według naszych szacunkowych obliczeń globalna wielkość niewykonanego z powodu absencji chorobowej produktu w Polsce w r. 1954 wyniosła ok. 13 — 14 miliardów zł.

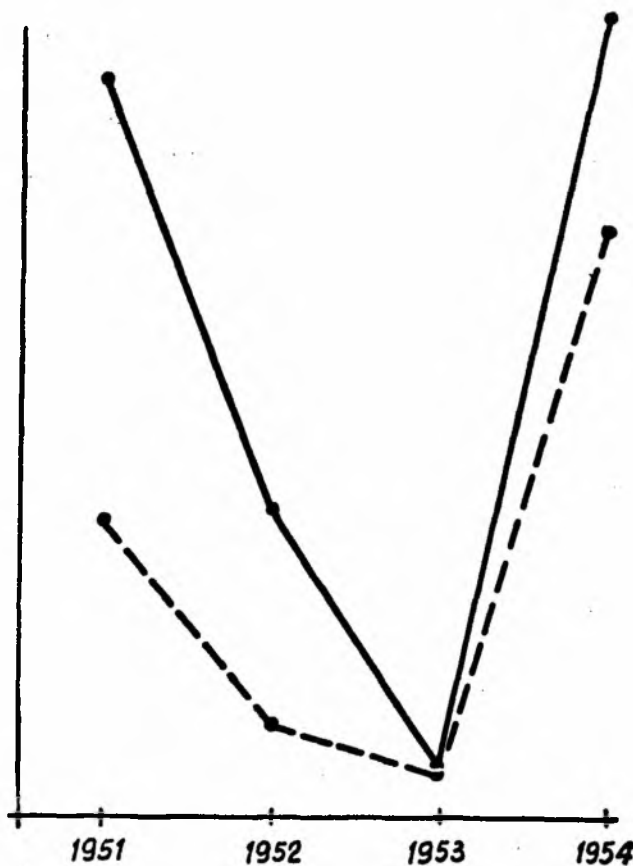
Jednak zagadnienie strat ekonomicznych nie jest wyłączną przyczyną zainteresowania przemysłowej służby zdrowia problemem absencji chorobowej. Wielkość i struktura tej absencji jest jedynym łatwo osiągalnym odzwierciedleniem, aczkolwiek niezupełnie adekwatnym, stanu zdrowotnego załóg robotniczych. Oczywiście absencja chorobowa ujawnia nam tylko część ogólnej chorobowości w populacji. Ponieważ jednak nie jest technicznie możliwe stałe wykonywanie systematycznych badań całej załogi, ponieważ bardzo trudne jest uzyskanie danych z ogólnej zgłaszalności do lekarzy, gdyż robotnicy korzystają nie tylko z fabrycznego ośrodka zdrowia, jedynymi stosunkowo łatwo osiągalnymi dla lekarza przemysłowego dokumentami dotyczącymi zachorowań całej załogi są druki zwolnień chorobowych, które praktycznie bez wyjątku docierają do zakładu pracy w celu otrzymania przez zwolnionych zasiłku chorobowego. Systematyczne badanie absencji chorobowej umożliwia ciągłą kontrolę stanu zdrowia załogi, a typ struktury absencji niejednokrotnie zwraca uwagę na szkodliwości występujące w środowisku pracy danego zakładu.

W ostatnich latach rozpowszechnił się u nas pogląd, że wysokość wskaźnika absencji chorobowej jest prostą funkcją dobrej lub złej pracy zakładowej służby zdrowia. Wyłączną odpowiedzialnością za wielkość absencji chorobowej w fabryce obciąża się lekarza przemysłowego, rozumując, że powstanie zakładowego ośrodka zdrowia powinno w krótkim czasie tak poprawić stan zdrowia załogi, aby znalazło to swój natychmiastowy wyraz w obniżeniu się wskaźnika absencji chorobowej. Należy z całym naciskiem podkreślić, że pogląd taki stanowi grube uproszczenie skomplikowanego w swej istocie zjawiska absencji chorobowej i lansowanie go jest szkodliwe, ponieważ odwraca uwagę od innych ważnych przyczyn wywołujących absencję, a przez to utrudnia ich zwalczanie. Pogląd taki prócz tego doprowadza do stosowania przez lekarzy mechanicznych i administracyjnych środków zwalczania absencji chorobowej (np. odmawianie zwolnień w przypadkach choroby, nieuzasadnione skracanie okresu zwolnień), co w perspektywie musi przynieść wzrost a nie spadek absencji. Należy



więc poświęcić nieco czasu krótkiej analizie przyczyn kształtujących absencję chorobową w fabryce.

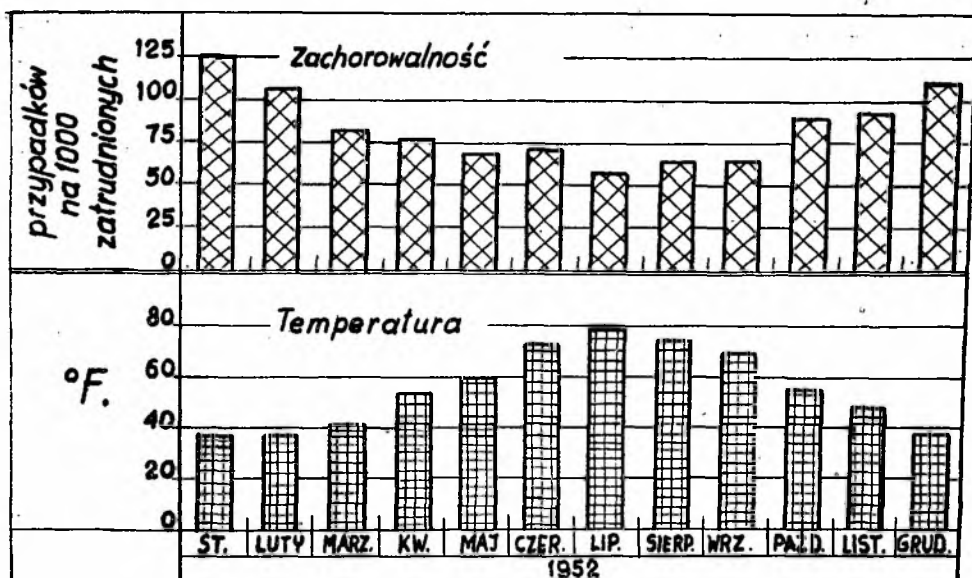
Każda załoga fabryczna jest częścią szerszej zbiorowości społecznej i, poza specyfiką wynikającą z warunków pracy, dotyczy jej wszelkie zjawiska obejmujące całą zbiorowość. Dotyczy to również chorobowości. Jest rzeczą oczywistą, że np. epidemia grypy obejmująca całe miasto spowoduje wzrost absencji chorobowej z powodu grypy we wszystkich zakładach pracy leżących w obrębie tej miejscowości. Ryc. 3 ilustruje dobrze tę zależność w skali ogólnokrajowej w latach 1951 — 1954. W środowi-



Ryc. 3. Zapadalność na grypę w Polsce i absencja chorobowa w przemyśle z powodu grypy w latach 1951 — 1954

— absencja
- - - - - zapadalność

sku o większym nasileniu gruźlicy, większa będzie również zachorowalność na gruźlicę w przemyśle. Na kształtowanie się absencji chorobowej wpływają więc te same czynniki co i na chorobowość wśród ogółu ludności. Np. krzywa absencji wykazuje wahania sezonowe pozostające w korelacji ujemnej z przeciętną temperaturą w poszczególnych miesiącach (ryc. 4) analogicznie jak ogólna zapadalność wśród całej ludności. Nie można więc oceniać wskaźników absencji chorobowej w oderwaniu od ca-



Ryc. 4. Sezonowe wahania zachorowalności z czasową niezdolnością do pracy w zestawieniu ze średnią temperaturą miesięcy w jednej z rafinerii nafty w USA w r. 1952 (wg L. Wade'a).

kształtu chorobowości w kraju i wzrost lub spadek tych wskaźników może zależeć od przyczyn ogólnych nie związanych ze środowiskiem pracy.

Ważnym czynnikiem kształtującym absencję chorobową w zakładzie pracy jest skład załogi pod względem płci i wieku. Kobiety wykazują zawsze większe wskaźniki absencji i zachorowalności niż mężczyźni (tab. III). W tab. IV zawarte są wyniki badań *Forssmana* (Szwecja). Z zesta-

T a b e l a I I I

Wskaźniki absencji chorobowej i zachorowalności w poszczególnych działach zakładu włókienniczego wśród mężczyzn (M) i kobiet (K) w r. 1951

	Płeć	Ogółem	Tkalcia	Przędzalnia	Inne działy
Absencja (w % dni zaplanowanych)	M	3,1	3,2	3,2	3,1
	K	4,0	4,2	4,0	3,9
Zapadalność (przypadków na 100 rob.)	M	96,4	109,4	115,5	88,8
	K	167,8	177,5	171,0	142,0

T a b e l a I V

Wskaźniki absencji chorobowej w Szwecji wg *Forssmana* (w % dni roboczych zaplanowanych)

Mężczyźni		Kobiety	
samotni	żonaci	samotne	zameżne
4,85	4,44	6,81	8,96



wienia tego wyniku również, że wielkość absencji zależy od warunków rodzinnych robotników: samotni mężczyźni opuszczają więcej dni z powodu choroby niż żonaci, podczas gdy wśród kobiet liczby te kształtują się odwrotnie. Przeciętny czas trwania choroby w jednym z naszych zakładów włókienniczych u mężczyzn wynosił 11,6 dni, u kobiet — 8,5 dni. Jednak, mimo że kobiety chorują krócej, chorują częściej i to sprawia, że dają większą liczbę dni niezdolności do pracy (tab. V).

T a b e l a V

Absencja chorobowa w zależności od płci i wieku w jednym z zakładów włókienniczych w r. 1951

Wiek	Mężczyźni			Kobiety		
	Absen- cja*)	Zachoro- walność**)	Przeciętne trwanie choroby***)	Absen- cja*)	Zachoro- walność**)	Przeciętne trwanie choroby***)
do 19 lat	2,36	122,8	6,9	2,59	158,4	5,5
20 — 29 „	2,62	111,4	8,5	3,34	183,0	6,3
30 — 39 „	2,28	94,2	8,8	3,99	172,0	8,1
40 — 49 „	2,82	82,8	12,7	4,54	160,2	10,0
50 — 59 „	4,41	83,5	18,8	5,58	150,5	13,2
60 i więcej „	5,25	81,6	22,7	6,78	127,9	19,1

* w % dni roboczych zaplanowanych

** przypadków na 100 pracowników

*** dni

W tabeli VI porównano absencję z powodu poszczególnych chorób lub grup chorób wśród mężczyzn i kobiet w dużym zakładzie przemysłu bawełnianego. Przy ogólnie niższym niż u kobiet wskaźniku absencji mężczyźni wykazują wyraźnie wyższą niż kobiety absencję z powodu gruźlicy płuc, urazów i zatruc, chorób skóry i nieznacznie z powodu nowotworów, chorób wzroku i choroby wrzodowej. W większości pozostałych schorzeń przewagę mają kobiety.

Wpływ wieku załogi na absencję chorobową ilustrują dane z tego samego zakładu włókienniczego (tab. V). Widać z nich, że w miarę przesuwania się do starszych grup wieku, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn zwiększa się bardzo czas trwania choroby, natomiast maleje liczba zachorowań. Wskaźniki dni niezdolności do pracy (tzn. absencja) wykazują tendencję zwykłą. W zależności od wieku zmienia się również struktura absencji chorobowej (tab. VII). Na ogół dla gruźlicy płuc, nowotworów, gościeca, chorób narządów krążenia, chorób narządu oddechowego stwierdza się wzrost wskaźników absencji z wiekiem, natomiast więcej dni straconych z powodu grypy i chorób skóry przypada na roczniki młodsze. U kobiet absencja chorobowa kształtuje się w zależności od wieku podobnie jak u mężczyzn, z tym, że największe nasilenie absencji z powodu chorób kobiecych przypada między 20. — 40. rokiem życia.

Przy szczegółowym rozpatrywaniu danych dotyczących absencji chorobowej w fabryce zwykle stwierdza się, że istnieje pewna grupa osób, których udział w ogólnej absencji jest nieproporcjonalnie wysoki w stosunku

T a b e l a VI

Specyficzne wskaźniki absencji chorobowej mężczyzn i kobiet w jednym z zakładów włókienniczych r. 1951
(w % dni roboczych zaplanowanych)

Jednostka chorobowa	Mężczyźni	Kobiety
Grypa	0,25	0,53
Gruźlica płuc	0,51	0,26
Urazy i zatrucia zawodowe	0,29	0,14
Urazy i zatrucia poza zawodem	0,19	0,12
Niewotwory	0,08	0,04
Gościec	0,19	0,41
Choroby układu nerwowego	0,09	0,16
Choroby wzroku	0,08	0,06
Choroby serca	0,31	0,32
Choroby naczyń	0,05	0,08
Nadciśnienie	0,03	0,03
Choroby narządu oddechowego	0,22	0,26
Wrzód żołądka i dwunastnicy	0,04	0,03
Ostry nieżyt żołądka i jelit	0,08	0,12
Choroby wątroby i dróg żółciowych	0,05	0,14
Inne choroby narządu trawienia	0,21	0,35
Ropne choroby skóry i tkanki podskórnej	0,17	0,14
Inne choroby skóry	0,10	0,05
Choroby narządów moczowych	0,05	0,09
Choroby narządów płciowych	—	0,32
Inne	0,13	0,35
Ogółem	3,12	4,03

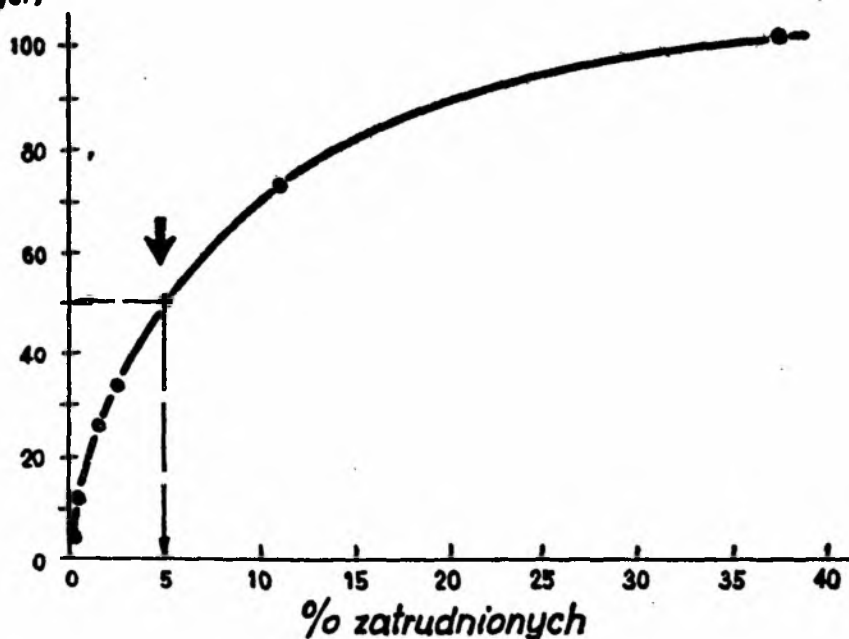
do jej liczebności. Jest to grupa osób długo i często chorujących. Wielkość tej grupy może być różna w poszczególnych przedsiębiorstwach. I tak Wade podaje, że w jednym z amerykańskich koncernów naftowych 50% wszystkich dni straconych z powodu choroby obciąża 12,5% spośród chorujących robotników, co stanowi 5% ogółu załogi (ryc. 5). Manzon (ZSRR) stwierdził w 4 badanych przez siebie kopalniach węgla, że osoby chorujące 4 i więcej razy w roku dały od 11,7% do 47,2% wszystkich przypadków zachorowań. Z naszych badań w przemśle włókienniczym wynika, że osoby chorujące ponad 30 dni stanowią tylko ok. 3% wszystkich przypadków chorobowych, natomiast dają ok. 20% ogólnej liczby dni straconych z powodu choroby. Nie wdając się w głębszą analizę tego zjawiska, możemy stwierdzić, że o ile częstość zachorowań robotnika zależy raczej od czynników przypadkowych (Fortuin udowodnił, że z dużym przybliżeniem spełnia ona prawo rozkładu Poissona), to długość trwania choroby uwarunkowana jest przyczynami istotnymi z lekarskiego punktu widzenia. Niekiedy jednak i częstość zachorowań robotnika wymaga zwrócenia na niego uwagi. Dotyczy to: 1) osób mniej odpornych na przewlekle choroby (np. częste anginy u ludzi z przewlekłymi zmianami w migdałkach podniebnych); 2) osób z chorobami przewlekłymi, ulegającymi częstym zaostrze-

T a b e l a VII

Specyficzne wskaźniki absencji w różnych grupach wieku wśród mężczyzn
w jednym z zakładów włókienniczych
(w % dni roboczych zaplanowanych)

Jednostka chorobowa	Wiek (lat)					
	do 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 56	60 i więcej
Gruźlica płuc	0,22	0,33	0,34	0,57	1,17	0,53
Nowotwory	—	0,02	0,01	0,04	0,32	0,22
Gościec	0,10	0,21	0,12	0,18	0,29	0,30
Chor. narządu krążenia	0,05	0,06	0,11	0,23	0,69	2,05
Chor. narz. oddechowego	0,09	0,20	0,12	0,22	0,30	0,45
Choroby skóry	0,37	0,30	0,24	0,20	0,29	0,26
Grypa	0,31	0,32	0,30	0,20	0,20	0,23
Ostry nieżyt żołądka i jelit	0,05	0,09	0,10	0,10	0,09	0,04
Inne choroby narządu trawienia	0,27	0,27	0,26	0,27	0,33	0,41
Chor. układu nerwowego	0,04	0,10	0,06	0,07	0,06	0,18
Urazy i zatrucia zawo- dowe	0,38	0,24	0,24	0,32	0,26	0,28
Urazy poza zawodem .	0,21	0,24	0,15	0,15	0,19	0,15
Inne choroby	0,27	0,24	0,23	0,27	0,22	0,25

**Kumulacyjny
%
straconych dni
roboczych**



Ryc. 5. Grupa długo i często chorujących; 5% ogółu pracowników daje 50% dni roboczych straconych z powodu choroby; jedna z rafinerii nafty w USA — r. 1952 (wg L. Wade'a).



niom (np. okresowe zaostrzenia w chorobie wrzodowej); 3) osób mających trudności w zaadaptowaniu się do rodzaju względnie warunków pracy (np. częstsze wypadki przy pracy u osób z wadami wzroku, słuchu, z zaburzeniami w koordynacji ruchów, częstsze zatrucia niektórymi jadami wśród alkoholików itp.).

Wydaje się oczywiste, że w zakładzie pracy poziom i charakter absencji chorobowej będzie kształtował się również w zależności od jakości i liczebności grupy osób często i długo chorujących. Produktywizacja inwalidów, osób przewlekłe chorych z obniżoną kondycją fizyczną jest niewątpliwie zjawiskiem korzystnym dla gospodarki narodowej. Jednak ubocznym skutkiem tego procesu jest wzrost w przemyśle grupy osób często i długo chorujących, co w rezultacie podnosi wskaźniki absencji chorobowej.

Duże, a czasem decydujące znaczenie dla kształtowania się wielkości i struktury absencji chorobowej ma środowisko pracy.

Od dawna jest rzeczą znaną, że czynnik zawodowy w patologii ludzkiej wywołuje nie tylko tzw. choroby zawodowe wymienione w oficjalnych listach objętych ustawodawstwem pracy. Środowisko pracy, obok środowiska bytowania, wpływa w sposób bardzo znamienny na stan fizyczny całego ustroju i w poważnym stopniu determinuje chorobowość ogólną. Wpływa ono również na wielkość i typ absencji chorobowej, co szczególnie mocno podkreślali na ostatnim Zjeździe Higienistów w Leningradzie

T a b e l a VIII

Wskaźniki absencji chorobowej w przemyśle włókienniczym i chemicznym w 6 województwach r. 1953
(w % dni roboczych zaplanowanych)

Województwo	P r z e m y ś ł	
	włókienniczy	chemiczny
Łódzkie	5,43	4,31
Krakowskie	4,77	4,05
Poznańskie	3,93	3,06
Opolskie	2,62	2,75
Wrocławskie	2,59	2,25
m. Łódź	2,48	3,78

Fridland, Chocjanow i Nawrockij. W tabeli VIII podano wskaźniki absencji chorobowej w przemyśle chemicznym i włókienniczym 6 województw. W przemyśle chemicznym wskaźniki są na ogół wyższe z wyjątkiem Łodzi i województwa opolskiego. Jednak w Łodzi wyższy wskaźnik dla przemysłu włókienniczego należy przypisać prawdopodobnie większemu niż w przemyśle chemicznym udziałowi starszych kobiet w składzie załóg robotniczych. Zwracają również uwagę różnice w strukturze absencji w zależności od rodzaju przemysłu (tab. IX). W zakładzie chemicznym w porównaniu z zakładem włókienniczym zdecydowaną przewagę mają wypadki i zatrucia zawodowe, choroby skóry, układu pokarmowego, narządów oddechowych i gościec. W przemyśle włókienniczym większą absencję dają choroby serca i grypa. Pozycje „gruźlica płuc” oraz „urazy poza

T a b e l a IX

Specyficzne wskaźniki absencji wśród mężczyzn w dużym zakładzie chemicznym i w dużym zakładzie włókienniczym

Jednostka chorobowa	Wskaźnik absencji *	
	zakład włókienniczy	zakład chemiczny
Urazy i zatrucia zawodowe . .	0,9	0,3
Choroby układu pokarmowego .	0,7	0,4
Choroby skóry	0,6	0,3
Gruźlica płuc	0,5	0,5
Choroby narządów oddechowych	0,5	0,2
Gościec	0,4	0,2
Grypa	0,2	0,3
Urazy poza zawodem	0,2	0,2
Choroby układu nerwowego .	0,1	0,1
Choroby układu krążenia . . .	0,1	0,4
Choroby wzroku	0,1	0,1
Inne	0,2	0,1
Ogółem	4,5	3,1

* w % dni zaplanowanych

zawodem" występują w obu zakładach w jednakowym nasileniu, co przemawiałoby za tym, że warunki pracy w danym przypadku nie mają bezpośredniego wpływu na częstość i ciężkość tych uszkodzeń zdrowia. Róż-

T a b e l a X

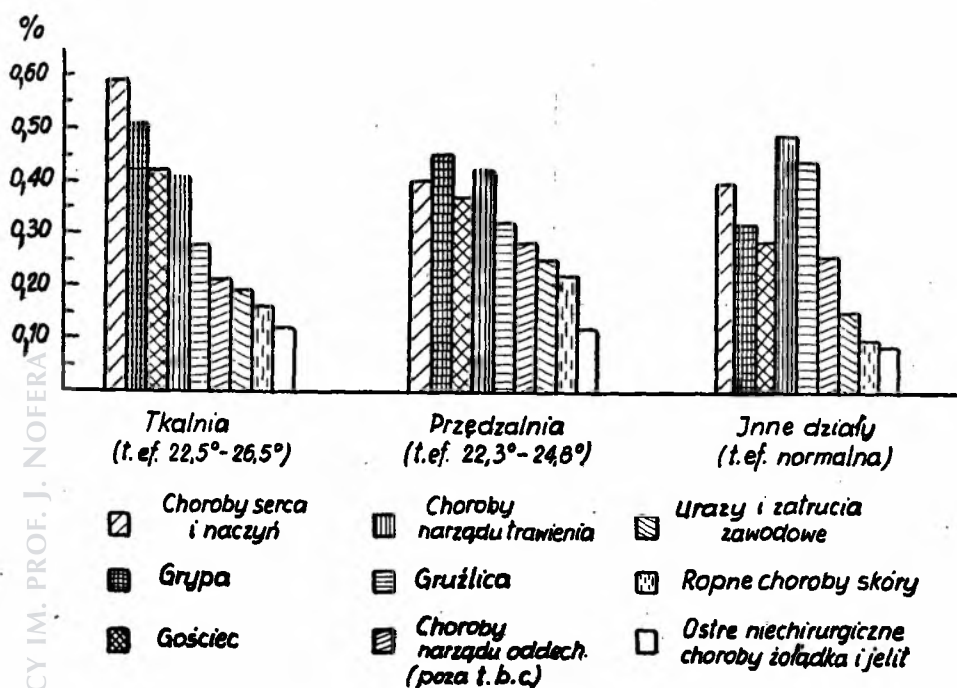
Standaryzowane wskaźniki absencji chorobowej i zachorowalności w różnych działach zakładu włókienniczego w r. 1951

Skład załogi w poszczególnych działach pod względem p'ci i wieku obliczono wg wzorcowej struktury załogi w całych zakładach

	Ogółem	Tkalnia	Przędzalnia	Inne działy
Absencja (w % dni zaplanowanych)	3,8	4,0	3,8	3,6
Zapadalność (przypadków na 100 robotników) . . .	131,6	144,9	134,5	123,5

nice w kształtowaniu się absencji chorobowej ujawniają się nie tylko między poszczególnymi gałęziami przemysłu, ale i między poszczególnymi oddziałami tej samej fabryki. Z tabeli X widać jak różnie przedstawia się

absencja chorobowa w tkalniach, przędzalniach i pozostałych działach fabryki włókienniczej. W tkalniach absencja jest najwyższa, w przędzalniach pośrednia, w pozostałych działach najniższa. W tkalniach przeważają choroby narządu krążenia, grypa i gościec (ryc. 6), przy czym absencja ogólna oraz absencja z powodu tych chorób maleje w działach o lepszych warunkach mikroklimatu. Absencja z powodu niespecyficznych chorób narządu oddechowego jest największa w przędzalni, co najprawdopodobniej wiąże się z dużym zapyleniem powietrza w tym dziale.



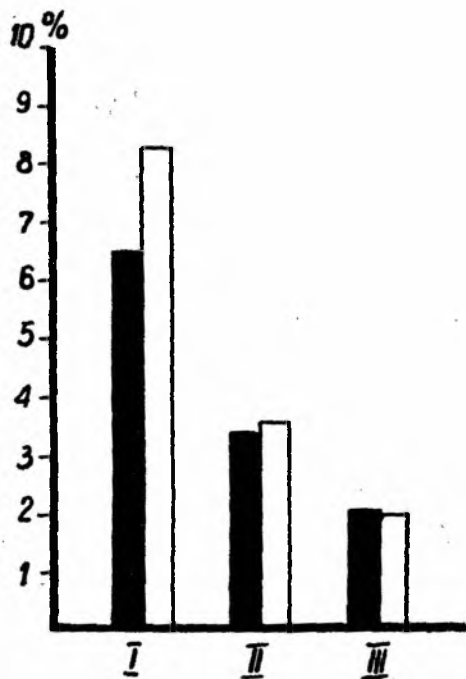
Ryc. 6. Absencja chorobowa z powodu najczęściej spotykanych chorób wzg. grup chorób, w różnych działach zakładu włókienniczego (w % dni roboczych zaplanowanych). T. ef. — przeciętna temperatura efektywna zimą i latem.

Według Ghiringhelli'ego istnieje większa zachorowalność na nieswoiste nieżyty dróg oddechowych wśród robotników pracujących w powietrzu zanieczyszczonym szkodliwymi gazami i parami (ryc. 7). Chocjanow łączą zwiększającą się ostatnio w ZSRR absencję z powodu chorób układu nerwowego z niewłaściwie niekiedy przeprowadzaną mechanizacją i częściowo automatyzacją procesów produkcyjnych.

Tenże autor zaobserwował wzrastanie absencji chorobowej z powodu nierytmicznego wykonywania przez zakład planów produkcyjnych, w 3 dekadzie miesiąca. Kiedy się „dogania” plan, zwiększa się liczba dni niezdolności do pracy u ludzi z chorobami układu nerwowego, z nadciśnieniem i chorobą wrzodową.

Dane powyżej przytoczone wyraźnie wskazują na fakt ścisłego związku absencji chorobowej z lokalnymi warunkami pracy i są poważnym argumentem przemawiającym za wykonywaniem analizy absencji chorobowej według oddziałów produkcyjnych zakładu przemysłowego.

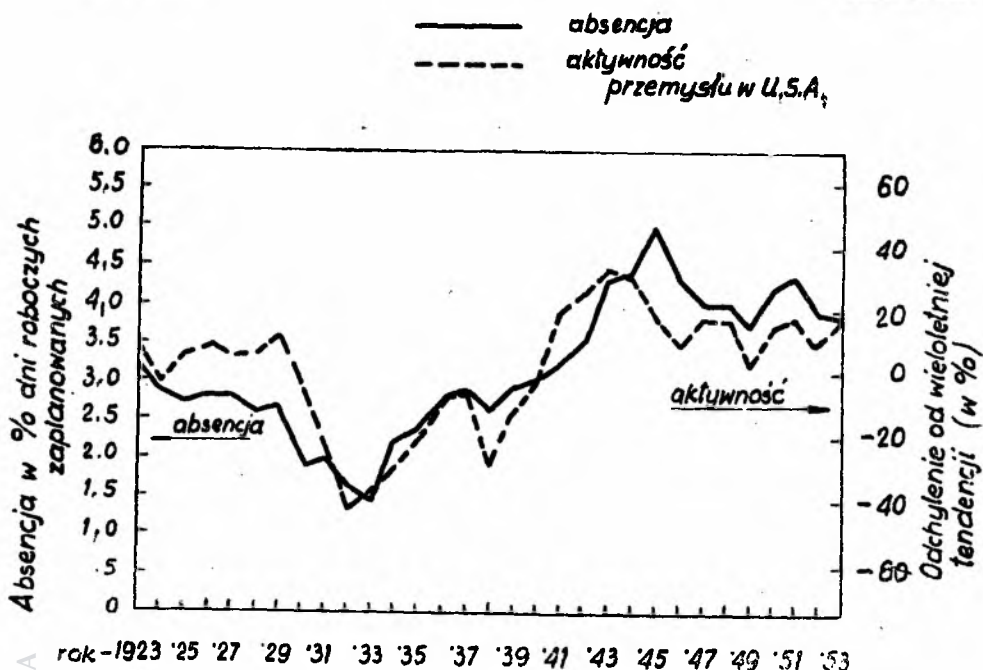
Oprócz omówionych wyżej czynników natury biologicznej i przemysłowej, na poziom i typ absencji chorobowej oddziaływać mogą silnie bodźce ekonomiczne. W czasie poświęconego absencji międzynarodowego kollokwium w Leydzie zwrócono uwagę, że bezrobocie na rynku pracy zmniejsza absencję i odwrotnie — wzrostowi zatrudnienia towarzyszy wzrost



Ryc. 7. Zachorowalność z powodu chorób dróg oddechowych w sezonie chłodnym (I), przejściowym (II) i ciepłym (III) robotników pracujących w powietrzu zanieczyszczonym gazami i parami (□) oraz w powietrzu normalnym (■) (wg Ghiringhelli'ego).

absencji. Na ryc. 8 pokazano zbieżność między wskaźnikami absencji chorobowej w Nowojorskim przedsiębiorstwie telefonicznym, zatrudniającym 75 000 osób a wskaźnikami koniunktury w przemyśle amerykańskim. Nie wchodząc głębiej w mechanizm tego zjawiska, możemy przytoczyć fakt, że w jednej z naszych fabryk, w której była dość duża absencja z powodu fotodermatoz wywoływanych przez kontakt z olejem antracenowym, z chwilą pojawienia się projektu zmniejszenia produkcji i pogłosek o zamierzonej redukcji części załogi, przez pewien czas nie notowano w ambulatorium zakładowym niemal żadnego przypadku fotodermatozy, mimo że było to latem. Kiedy pogłoski okazały się bezpodstawne, absencja chorobowa wróciła do stanu poprzedniego. Nie znaczy to oczywiście, że fotodermatozy znikły w tym okresie. Po prostu robotnicy bali się, że przede wszystkim zostaną zwolnione z pracy osoby wykazujące uczulenie na stosowany w produkcji surowiec.

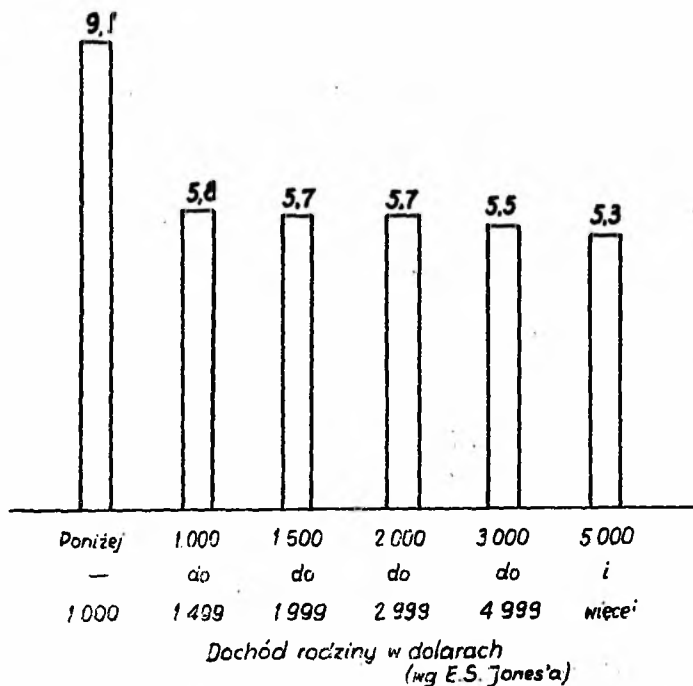




Ryc. 8. Absencja chorobowa w N. York Telephone Company w zestawieniu z aktywnością przemysłową w USA w latach 1923 — 1953 (wg N. Plummera i L. E. Hinkle'a).

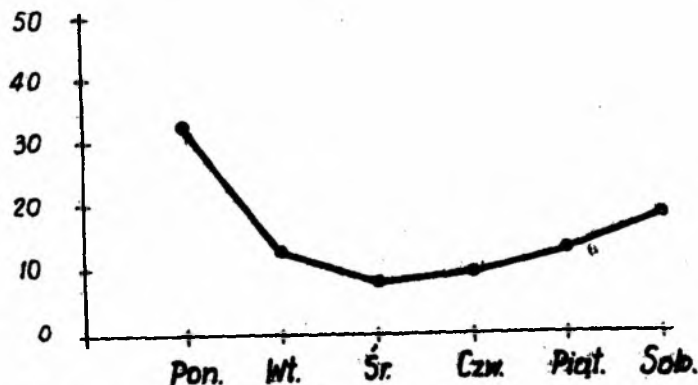
Nie bez znaczenia jest także system ubezpieczeń chorobowych przyjęty w danym kraju lub zakładzie pracy. Jeżeli zasiłki chorobowe są niewielkie, jeżeli wypłacane są po długim tzw. „okresie wyczekiwania” (niekiedy po 7—10—15 dniach choroby), wskaźniki absencji chorobowej są niższe, a w jej strukturze wzrasta udział poważniejszych jednostek chorobowych oraz częstość ciężkich powikłań wynikających z opóźnienia w leczeniu lekkich postaci chorób. Noro w Finlandii stwierdził, że absencja chorobowa wzrasta w miarę zwiększania się udogodnień w ubezpieczeniu chorobowym. Wade obliczył, że od czasu wprowadzenia w wielkim naftowym koncernie amerykańskim w roku 1949 wypłaty zasiłków chorobowych od 1. dnia niezdolności do pracy, zamiast od 4. dnia, wielkość sum na zasiłki wzrosła przeszło 3-krotnie. U nas zasada wypłacania zasiłków od 1. dnia choroby weszła w życie w r. 1955 i w tymże roku wzrosły wskaźniki absencji chorobowej notowanej przez przemysłową służbę zdrowia. Z drugiej strony przy jednakowym systemie ubezpieczenia chorobowego i przy jednakowych innych warunkach, większą absencję chorobową wykazują grupy gorzej uposażone (ryc. 9).

Spśród innych, mniej istotnych czynników, które wywierają wpływ na absencję chorobową można wspomnieć o fakcie stwierdzonym przez Noro i zaobserwowanym również przez nas, mianowicie większej absencji chorobowej w przemyśle zlokalizowanym w dużych ośrodkach miejskich w porównaniu z małymi miastami. U mężczyzn nierzadko wzrastają wskaźniki absencji w dniach poświątecznych i po wypłacie, natomiast u kobiet w dniach przedświątecznych, zwłaszcza poprzedzających większe



Ryc. 9. Przeciętna roczna liczba dni choroby na osobę.

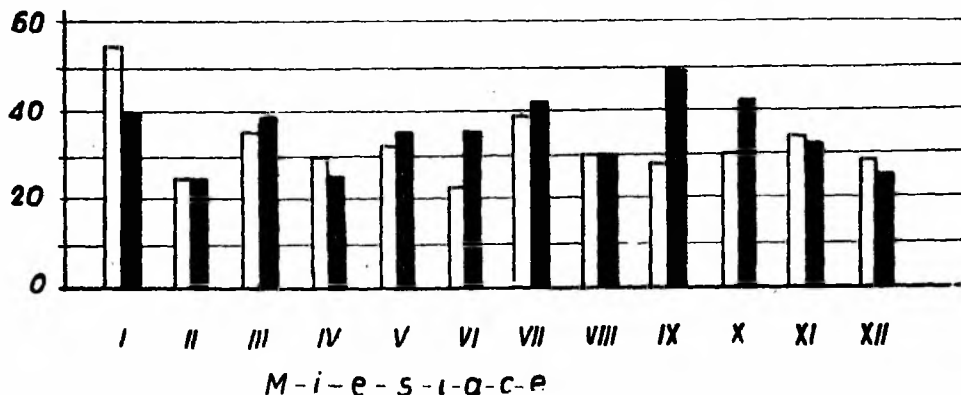
święta (ryc. 10). Na wahania te składa się wiele przyczyn. U mężczyzn są to zainteresowania sportowe, łatwość dostępu do nocnych rozrywek w dużym mieście, nadużywanie alkoholu itp. U kobiet — konieczność zajęć domowych (pranie, porządki i inne) wykonywanych zwykle przed świętem. Na ogół wyższą absencję chorobową wykazują pracownicy dojeżdżający z poza osiedla fabrycznego, przeważnie ze wsi okolicznych, szczególnie



Ryc. 10. Krzywa nieobecności krótkotrwałych (od 1 do 3 dni) w różnych dniach tygodnia wśród mężczyzn (wg L. Parmeggianiego).



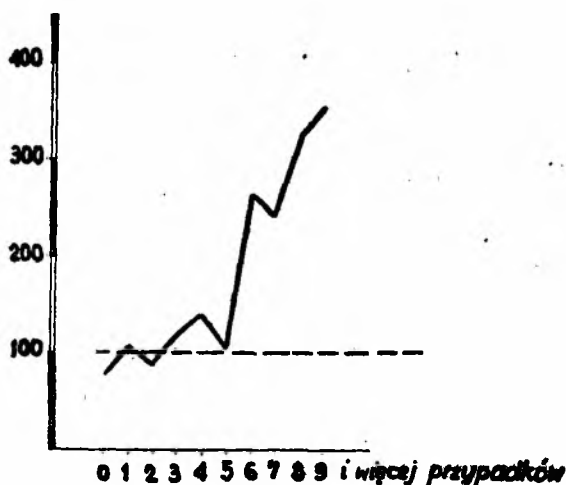
w miesiącach letnich (ryc. 11). Tłumaczy się to częściowo pracami na roli, które nasilają się w tym sezonie. Jednak *Kacenenbaum*, który badał szczegółowo to zjawisko w jednym z kombinatów w ZSRR udowodnił związek wielu zachorowań powodujących niezdolność do pracy z warunkami dojazdu. Charakterystyczna dla tej grupy pracowników była duża liczba chorób o ostrym przebiegu.



Ryc. 11. Wskaźniki zachorowalności w poszczególnych miesiącach w zależności od miejsca zamieszkania (wg *L. Parmeggianiego*).

□ Mieszkańcy miasta
■ Mieszkańcy wsi

Fiandaca obserwując absencję chorobową robotników świeżo zaangażowanych do zakładu mechanicznego po okresie przejściowego bezrobocia zauważył, że chorują oni częściej niż stała załoga tej fabryki (ryc. 12).



Ryc. 12. Częstość zachorowań wśród robotników zaangażowanych do pracy po okresie bezrobocia w porównaniu z przyjętą za 100 częstością zachorowań wśród robotników stale pracujących w zakładzie (wg *Fiandaca*).

— robotnicy bezrobocia
----- stali pracownicy



Wskaźnik zachorowalności wynosił 200 przypadków na 100 nowozaangażowanych i 158 przypadków na 100 pozostałych pracowników. Ponieważ badania wstępne nie wykazały u tych ludzi większych niż w grupie kontrolnej odchyleń w stanie zdrowia, autor nie kwestionując wpływu okresu bezrobocia na ich ogólną kondycję fizyczną, główną przyczynę zwiększonej absencji chorobowej w tej grupie widzi w konieczności adaptacji organizmu do nowego środowiska, jakim była dla nich fabryka. Z podobnych przyczyn i u nas można się spodziewać wyższych wskaźników absencji chorobowej w zakładach o dużej płynności załogi, względnie zatrudniających masowo ludzi napływających do przemysłu ze wsi.

Wyraźnie niższy poziom absencji chorobowej stwierdza się w przemyśle u pracowników umysłowych w porównaniu z pracownikami fizycznymi (tab. XI). Zjawisko to w naszych warunkach, gdy płace pracowników umysłowych niewiele różnią się od płac pracowników fizycznych jest trudne do wyjaśnienia. Szkodliwości ze strony środowiska pracy nie grają tu często decydującej roli, ponieważ najniższy wskaźnik absencji choro-

T a b e l a X I

Wskaźniki absencji i średniego czasu zwolnienia w poszczególnych grupach zatrudnienia w jednej z fabryk chemicznych (u mężczyzn)

Grupy zatrudnienia		Absencja*)	Średni czas zwolnienia chorobowego**
Pracownicy fizyczni	Działy bardzo szkodliwe	A 6,5	11,3
	Działy mniej szkodliwe	B 4,6	11,1
Pracownicy umysłowi	W produkcji	C 0,8	6,3
	W administracji	D 1,5	6,9

* % dni zaplanowanych

** dni

bowej w badanym zakładzie wykazali właśnie pracownicy umysłowi zatrudnieni bezpośrednio w produkcji (inżynierowie, średni personel techniczny itp.), a więc ludzie stale narażeni na te same szkodliwości co i ogół załogi. Być może odgrywa tu rolę zagadnienie odpowiedzialności. Pracownicy umysłowi zajmują często stanowiska kierownicze i odpowiadają za całość pewnego odcinka produkcji. Niejednokrotnie mieliśmy możliwość stwierdzić fakt przychodzenia do pracy inżyniera lub technika, któremu poprzedniego dnia zdarzył się incydent podostrego zatrucia i który według wszelkich wskazań lekarskich powinien był przez kilka dni pozostać w domu.

Do omówionych wyżej przyczyn kształtujących absencję chorobową w zakładzie pracy dochodzi jeszcze jeden potężny czynnik, którego oddziaływanie w ostatecznym rezultacie może stać się decydujące. Czynnikiem tym jest przemysłowa służba zdrowia. Należy zdać sobie jasno sprawę z faktu, że lecnictwo terenowe całkowicie oderwane od zakładu pra-

cy, nie zorientowane w konkretnych warunkach fabryki, w produkcji i w składzie załogi, nie jest w stanie świadomie i celowo oddziaływać na kształtowanie się absencji chorobowej. Poziom orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy w lecznictwie terenowym ograniczony jest z góry przez nieznaną specyfikę dla pracy danego robotnika szkodliwości zawodowych, o których znaczeniu dla kształtowania się absencji już mówiliśmy, natomiast lekarz przemysłowy związany bezpośrednio z zakładem pracy i z załogą robotniczą ma wszelkie dane po temu, aby czynnie oddziaływać na chorobowość robotników. Wystarczy porównać średni czas trwania zwolnień chorobowych w przemysłowej i terenowej placówce służby zdrowia (tab. XII). Wynosi on dla zwolnień wydawanych przez fabryczny zakład leczniczo-zapobiegawczy średnio 5,8 dnia, podczas gdy zwolnienia wydawane w lecznictwie terenowym są blisko 3-krotnie dłuższe i wynoszą średnio 16,1 dni. Oczywiście lecznictwo terenowe obsługuje większość pracowników obłożnie chorych, pozostających w domu, którzy nie mogą zgłosić się o poradę do ambulatorium przyzakładowego i trudno jest ustalić w jakiej mierze fakt ten wpływa na dłuższe zwolnienia wydawane przez te placówki. Zwraca jednak uwagę rzecz charakterystyczna, że nawet w przypadkach lekkich schorzeń, w których chory zwykle zwraca się o poradę ambulatoryjną, rozpiętość między czasem trwania zwolnień chorobowych jest uderzająca na niekorzyść lecznictwa terenowego.

Wydaje się, że jedynym racjonalnym wytłumaczeniem tego zjawiska

T a b e l a XII

Średni czas trwania zwolnienia wydawanego przez przemysłową i terenową służbę zdrowia w jednym z zakładów włókienniczych w r. 1953. 60% zwolnień pochodzi z zakładowego ośrodka służby zdrowia

Jednostka chorobowa	Placówki Służby Zdrowia wydające zwolnienie	Średni czas zwolnienia (dni)
Grypa	przemysłowa	4,3
	terenowe	6,1
Angina	przemysłowa	3,8
	terenowe	3,9
Ostry nieżyt żołądka i jelit .	przemysłowa	3,6
	terenowe	5,6
Ropne choroby skóry	przemysłowa	6,9
	terenowe	12,7
Ogółem (wszystkie choroby) .	przemysłowa	5,8
	terenowe	16,1

jest fakt, że lekarz zakładowy znający lepiej niż lekarz terenowy, zwykle po raz pierwszy stykający się z chorym, rodzaj i środowisko pracy, oraz samego chorego, może bardziej obiektywnie ocenić okres jego niezdolności do pracy.

Na znaczenie w walce z absencją chorobową faktu różnych kwalifikacji i obiektywnych możliwości lekarzy w zakresie orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy, zwraca także uwagę *Fortuin*. Tabela XIII przedstawia różnice w orzekaniu o czasie trwania niezdolności do pracy z powodu choroby między 9 lekarzami Zakładów Philipsa w Holandii, z których każdy miał pod swoją opieką prawie identyczną grupę pracowników i jednakowe możliwości diagnostyczne. Okazało się, że lekarze, którzy dawali zwolnienia dłuższe, mieli krótszy staż pracy i mniejsze doświadczenie w przemysłowej służbie zdrowia oraz gorszą znajomość problematyki medycyny pracy. Autor ten podkreśla również, że lekarze posiadający możliwość szybkiego korzystania z nowoczesnych metod diagnostycznych (laboratorium, rentgen, elektrokardiograf itp.) szybciej ustalają definitywne rozpoznanie choroby i nie tracą czasu na dłuższą obserwację pacjenta. Lekarzy pozbawionych tych udogodnień, do obserwacji takiej zmusza zwykle elementarna ostrożność diagnostyczna.

T a b e l a XIII

Przeciętny czas zwolnienia chorobowego wystawianego przez 9 lekarzy zakładowych koncernu Philipsa (wg *Fortuina*)

Lekarz	Przeciętny czas trwania zwolnienia (dni)
	20,2
II	19,1
III	18,8
IV	18,1
V	16,8
VI	16,4
VII	15,5
VIII	15,4
IX	15,3

Jednakże wpływ przemysłowej służby zdrowia na kształtowanie się absencji chorobowej nie ogranicza się jedynie do zagadnienia prawidłowego orzecznictwa o okresie niezdolności do pracy. W tabeli XIV podano wskaźniki absencji chorobowej w r. 1953 w 4 zakładach tej samej gałęzi przemysłu chemicznego, położonych w małych miastach i o stosunkowo nieznacznym różnicach w składzie załogi. Fabryki te różniły się jedynie poziomem służby zdrowia. W zakładach A i B stworzono krótko przedtem pełnowartościowe zakłady leczniczo-zapobiegawcze o względnie ustabilizowanej kadrze lekarskiej, przy czym placówkami tymi kierowali lekarze nieźle znający problematykę medycyny przemysłowej. Różnice w poziomie absencji są uderzające i świadczą pozornie na niekorzyść zakładów o dobrej służbie zdrowia. Podobnego przykładu może dostarczyć jeden

T a b e l a XIV

Wskaźniki absencji chorobowej w 4 zakładach przemysłu chemicznego o podobnej produkcji i o zbliżonym składzie załogi różniących się poziomem służby zdrowia (w % dni zaplanowanych)

	Dobra służba zdrowia		Słaba służba zdrowia	
	Zakład A	Zakład B	Zakład C	Zakład D
Wskaźnik absencji	3,73%	3,67%	1,07%	1,67%

z zakładów włókienniczych (tab. XV), również posiadający dobrą przemysłową służbę zdrowia. W zakładzie tym, zatrudniającym ok. 60% kobiet w r. 1953 zaczął pracować ginekolog, który rozpoczął swą działalność od masowych badań profilaktycznych wszystkich kobiet. W efekcie wskaźnik absencji z powodu chorób kobiecych wzrósł blisko dwukrotnie. Jest rzeczą oczywistą, że opisane wyżej zjawiska w żadnym razie nie mogą być argumentem przeciwko istnieniu przemysłowej służby zdrowia i mają swoją bardzo określoną przyczynę.

T a b e l a XV

Wskaźniki absencji z powodu chorób kobiecych w jednym z zakładów włókienniczych

Rok	Absencja z powodu chorób kobiecych (w % dni zaplanowanych)
1953	0,09
1954	0,16
1955	0,16

Wkroczenie służby zdrowia do środowiska bardzo zaniedbanego pod względem zdrowotnym zmienia radykalnie istniejącą sytuację. Badania wstępne, a zwłaszcza badania okresowe, wychwytyują i kierują do leczenia przypadki, które nieraz jeszcze przez dłuższy czas wymykałyby się spod opieki lekarskiej, aby potem być przyczyną długotrwałej absencji, a nie-raz skończyć się przedwczesnym inwalidztwem i eliminacją z produkcji. Jednocześnie wśród załogi w rezultacie stałego współżycia i stale rosnących kontaktów ze służbą zdrowia budzi się świadomość wagi zagadnień zdrowotnych, budzi się wzrastające zapotrzebowanie na usługi lekarza, felfczera i pielęgniarki, rodzi się przekonanie o celowości i skuteczności, troski o zdrowie oraz zaufanie do wskazań leczniczych i zapobiegawczych. Jest rzeczą charakterystyczną, że niemal wszystkie statystyki zagraniczne notują w zakładach, w których istnieje przemysłowa służba zdrowia wzrost absencji krótkotrwałej, wywołanej wczesnym zgłaszaniem się do lekarza, co jest tłumaczone jako skutek podnoszenia się poziomu kulturalnego i uświadczenia ludności oraz rozszerzenia i udostępnienia usług świadczonych przez służbę zdrowia.

W rezultacie, ustala się pewien poziom absencji chorobowej w zakładzie, będący niemal wiernym odbiciem rzeczywistej sytuacji zdrowotnej załogi w określonej fabryce, a który *Forssman* nazywa „absencją optymalną” dla danego czasu i warunków. Zjawisko to, mimo że jego ubocznym skutkiem jest chwilowy wzrost wskaźników absencji chorobowej, należy niewątpliwie ocenić jak najbardziej pozytywnie z medycznego i humanitarnego punktu widzenia, ponieważ sprzyja ono wcześniejszej i lepszej opiece nad chorym. Jednocześnie dzięki temu przedłuża się granica wieku produktywnego, co w dalszej perspektywie powinno być również opłacalne ekonomicznie. Zresztą doświadczenie zakładów pracy, gdzie od wielu lat istnieje dobra przemysłowa służba zdrowia, a takie są w ZSRR i zdarzają się na Zachodzie, dowodzi, że wspomniany wyżej wzrost absencji chorobowej spowodowany dobrą pracą fabrycznej służby zdrowia, jest zjawiskiem przejściowym utrzymującym się przez pewien czas, po którym, jeśli nie będą działały inne czynniki, rozpoczyna się zmniejszenie absencji chorobowej głównie przez spadek absencji długotrwałej, jako skutek systematycznej wczesnej działalności leczniczej, a zwłaszcza profilaktycznej, w zakładzie. Nie bez przyczyny jako jeden z argumentów za istnieniem przemysłowej służby zdrowia wysuwa się w Ameryce komercyjny argument, że w ostatecznym wyniku zmniejsza ona koszty absencji chorobowej.

Na obecną sytuację w zakresie absencji chorobowej w przemyśle polskim składa się prawdopodobnie wiele czynników. Wzrosła liczba kobiet zatrudnionych w przemyśle z 27% w 1949 r. do 32% w 1954 r. Z powodu zmian w strukturze ludności pod względem wieku (tab. XVI), będących skutkiem wchodzenia w wiek produkcyjny mniej licznych roczników wojennych, wśród zatrudnionych w przemyśle zwiększył się udział rocz-

T a b e l a XVI

Skład ludności Polski powyżej lat 14 pod względem wieku
w latach 1949 — 1954
(wg Małego Rocznika Statystycznego 1949 — 1955)

Grupy wieku	Rok	
	1949	1954
14 do 29 lat	40,8	39,1
30 do 39 lat	18,6	17,3
40 do 49 lat	18,4	18,3
50 do 59 lat	11,3	13,5
60 i więcej lat	10,9	11,8
Ogółem	100,0	100,0

ników starszych. Przypuszczam, że nie bez wpływu są tu i stosunkowo niskie renty i emerytury, skłaniające rencistów do pracy do późnego wieku. Trwa stale napływ ludności wiejskiej do przemysłu: w r. 1949 w miastach mieszkało 35% ogółu ludności, w r. 1955 — 44%. W związku z tym w kształtowaniu się absencji chorobowej biorą na pewno udział takie czynniki, jak konieczność zaadaptowania się do nowej pracy i nowego środowiska ludności migrującej ze wsi do miast. Burzliwy rozwój przemysłu, zwłaszcza w ośrodkach mało uprzemysłowionych, zwiększył w przemyśle

udział grup robotniczych mieszkających na wsi i dojeżdżających do pracy. Widzieliśmy, że ludzie ci powodują wzrost wskaźników absencji chorobowej, czy to w związku z ich dodatkową sezonową pracą na roli, czy też wskutek okoliczności związanych z dojazdem do zakładu pracy. Coraz skuteczniejsze leczenie, sprawniejsza rehabilitacja inwalidów i poprawiająca się opieka zdrowotna nad ludnością sprawiają, że coraz więcej ludzi chorych na choroby przewlekłe oraz inwalidów zachowuje zdolność do pracy. Zwiększa to w przemyśle grupę osób często i długo chorujących. Korzystniejsza niż przed wojną sytuacja na rynku pracy (mniejsze bezrobocie) działa u nas, podobnie jak na Zachodzie, podnosząc wskaźniki absencji. Sprzyja temu również system zasiłków chorobowych od niedawna wypłacanych od 1 dnia choroby i nie jest przypadkiem, że od czasu wprowadzenia tego systemu, statystyki zanotowały pewien wzrost absencji chorobowej.

W latach powojennych zwiększa się również wśród całej ludności potrzeba korzystania z usług służby zdrowia. Świadczą o tym ogólnie znane liczby dotyczące stałego wzrostu zgłaszalności do ośrodków zdrowia, szpitali itp. Od r. 1949 rozwija się stałe przemysłowa służba zdrowia, która, jak wspomnieliśmy, ułatwia robotnikom dostęp do lecznictwa i rozbudza w nich potrzeby w tym zakresie. Czynniki ten na pewno ma u nas obecnie poważny wpływ na kształtowanie się absencji, zważywszy, że dotychczas wymagania naszej ludności w zakresie opieki nad zdrowiem były bardzo małe, co miało swoje istotne uzasadnienie klasowe. Jednocześnie czynnik środowiskowy, jak warunki bezpieczeństwa i higieny pracy, stan sanitarny zakładów przemysłowych, organizacja produkcji w wielu naszych fabrykach nie są zadowalające. Istnieje więc w tej chwili w kraju cały zespół obiektywnych czynników działających w kierunku wzrostu absencji chorobowej. Co możemy im przeciwstawić?

Przede wszystkim należy przestrzec przed zmniejszaniem absencji chorobowej środkami administracyjnymi, tzn. przez mechaniczne ograniczanie wydawania zwolnień. Stanowisko jakie zajął pewien dyrektor fabryki oświadczając: „U mnie była wysoka absencja chorobowa, ale porozmawiałem z lekarzem i ustawiliśmy ją na właściwym poziomie” jest niesłuszne i w przyszłości może nas dużo kosztować pod względem zdrowotnym i ekonomicznym.

Niesłuszne byłoby również w naszym socjalistycznym ustroju stosowanie metod, jakich chwytają się kapitalistyczni przedsiębiorcy, nie dopuszczając lub zwalniając z pracy grupy robotników, dające wysoką absencję: kobiety, ludzi starszych, inwalidów itp. Jest to może uzasadnione z punktu widzenia rentowności poszczególnego przedsiębiorstwa, jednak, pomijając humanitarny aspekt zagadnienia, przynosi niewątpliwą szkodę całoci gospodarki narodowej, eliminując z procesu produkcji ludzi, którzy mogą jeszcze wytwarzać pewne wartości, a których utrzymanie w przeciwnym razie musi obciążyć całkowicie dochód narodowy.

Wydaje się, że racjonalnie pojęte usiłowania zmierzające do obniżenia absencji chorobowej powinny uwzględniać następujące okoliczności.

1. Nie można trwale zmniejszyć absencji chorobowej bez poprawy ogólnej sytuacji zdrowotnej i spadku ogólnej chorobowości w kraju. Jak wiadomo, zależy to od wielu czynników, jak warunki ekonomiczne, społeczne, demograficzne, kulturalne itp. Zależy to również od pracy całej służby zdrowia w państwie, a nie wyłącznie od lekarzy przemysłowych.

2. Nie można trwale zmniejszyć absencji chorobowej bez poprawy warunków pracy. Wspomnieliśmy, że środowisko pracy, szkodliwości zawo-



dowe wywierają bardzo istotny wpływ na wysokość i charakter absencji chorobowej w ogóle, a nie tylko z powodu jednostek nozologicznych. umieszczonych na tzw. liście chorób zawodowych. Bezpieczna technika pracy, dobry stan sanitarny zakładu pracy, zaopatrzenia w zdrową wodę do picia, asenizacji fabryki, urządzenia do utrzymania czystości osobistej, jak łaźnia, umywalnie i szatnie, właściwa odzież robocza, umożliwienie robotnikom odpowiedniego odżywiania się poprzez racjonalnie prowadzone stołówki, obniżenie stężeń szkodliwych gazów i pyłów w powietrzu, właściwy mikroklimat pomieszczeń do pracy, właściwe oświetlenie, walka z hałasem, ze zmęczeniem, z monotonią pracy, oparte na fizjologicznych podstawach racjonalizacja procesu produkcyjnego, rytmu pracy i wypoczynku robotnika, dobre wykształcenie zawodowe młodych robotników skracające czas adaptacji do pracy, rytmiczne wykonywanie planów i dążność do stabilizacji kadr pracowniczych w fabryce — oto droga, na której można skutecznie usunąć wiele przyczyn czasowej niezdolności do pracy.

Pewną korzyść mogą tu przynieść również takie zabiegi, ostatnio dość modne, jak skrócenie dnia pracy, zmianowość pracy, półsanatoria i odżywianie ochronne w bardziej szkodliwych działach produkcji. Są to jednak tylko półśrodki. Bez radykalnej poprawy warunków pracy, bez usunięcia istotnych przyczyn dużej części chorobowości, nie uda się na dalszą metę wydatnie obniżyć absencji chorobowej w przemyśle.

Służbie zdrowia przypada w tej dziedzinie szczególnie ważne zadanie. Powinna ona umieć wykryć istniejące szkodliwości, umieć ilościowo je ocenić, określić mechanizm ich oddziaływania na zdrowie człowieka i żądać od czynników technicznych ich usunięcia. Zadanie to wymaga dobrej znajomości środowiska przemysłowego i problematyki medycyny pracy, a niekiedy i specjalnych badań naukowych, ponieważ rozwój przemysłu wyłania stale nową, nieopracowaną dotychczas problematykę. Spełnić to zadanie może tylko blisko współpracująca z przemysłem przemysłowa służba zdrowia, w oparciu o odpowiedni aparat służby sanitarno-epidemiologicznej i służące do jej dyspozycji instytucje naukowe.

3. Nie można trwale zmniejszyć absencji chorobowej bez dobrej, systematycznej opieki lekarskiej nad zdrowiem robotnika, wykonywanej przez pełnowartościową przemysłową służbę zdrowia. Lekarz przemysłowy, jak widzieliśmy, potrafi lepiej orzekać o czasie niezdolności do pracy niż lekarz nie znający załogi i zakładu pracy. Ma on możliwość, zwłaszcza jeśli dysponuje większymi technicznymi środkami diagnostycznymi, szybszego rozpoznania choroby i udzielenia krótszego zwolnienia zamiast późniejszego dłuższego. Przez badania wstępne, które w naszym ustroju należy traktować nie jako sito eliminujące ludzi z pracy, ale jako formę lekarskiego poradnictwa zawodowego, może on kierować ludzi na takie stanowiska pracy, jakie odpowiadają stanowi zdrowia badanego.

Przez badanie okresowe, systematyczną analizę zgłaszalności i absencji chorobowej lekarz przemysłowy ma możliwość ciągłej kontroli stanu zdrowotnego powierzonej jego opiece załogi i może niemal natychmiast reagować w każdym przypadku wzrostu zachorowalności. Szczególnie dużo można osiągnąć przez zwrócenie uwagi na grupę długo i często chorujących i odpowiednie postępowanie zapobiegawcze i lecznicze wobec tej grupy. Oczywiście jest rzeczą lekarza przemysłowego, aby umiał i chciał wykorzystać te ogromne możliwości, co — jak wiemy — nie zawsze zdarza się w praktyce. Jednak istnienie złych lekarzy przemysłowych nie może być uzasadnionym argumentem przeciwko istnieniu przemysłowej służby

zdrowia, bez której niemożliwa jest w ogóle nawet częściowa realizacja wspomnianych wyżej postulatów. Jeżeli w wyniku realizacji wszystkich tych środków udałoby się zmniejszyć absencję chorobową o 1/5 — a jest to zupełnie możliwe zwłaszcza przez obniżenie takich pozycji jak wypadki przy pracy, zatrucia i choroby powstałe na tle zanieczyszczeń powietrza środowiska pracy szkodliwymi gazami i pyłem (np. nieswoiste nieżyty górnych dróg oddechowych) choroby wynikające ze złego stanu sanitarnego zakładu i załogi (np. ostre zakażenie jelitowe, ropne choroby skóry itp.) i dowodzą tego doświadczenia w wielu zagranicznych i niektórych naszych zakładach pracy — uzyskalibyśmy — przyjmując podaną już sumę ok. 14 miliardów zł strat spowodowanych przez absencję w 1954 r., ok. 2,8 miliardów zł, a więc więcej od wydatków w tymże roku na bezpieczeństwo i higienę pracy oraz wielokrotnie więcej niż wydano na przemysłową służbę zdrowia. Wydaje się, że warto zastanowić się nad tymi liczbami i wyciągnąć z nich określone wnioski praktyczne*.

Г Н о ф е р

ВОПРОС ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПРОМЫШЛЕННОСТИ

С о д е р ж а н и е

Автор обсуждает на основании собственных исследований, а также на основании литературы — вопрос заболеваемости с временной утратой трудоспособности в промышленности. Он проводит анализ общих факторов, влияющих на формирование временной утраты трудоспособности, как например условий экономических, социальных, демографических и культурных. Особое внимание посвящает автор роли медицинского обслуживания рабочих в промышленности и улучшению условий труда — как факторам, снижающим заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

J. N o f e r

THE PROBLEM OF INDUSTRIAL SICKNESS ABSENTEEISM

S u m m a r y

On the basis of own studies and of the literature data the author discusses the problem of sickness absenteeism in industry. He analyses the general factors and those, having influence on the sickness absenteeism rate, i.e. economical, social, demographic and cultural conditions. He emphasized especially the role of the industrial public health and the improvement of work conditions, both being elements decreasing the sickness absenteeism in industry.

* Ponieważ piśmiennictwo obejmuje ponad 80 pozycji autor gotów jest podać poszczególne interesujące czytelników publikacje na żądanie.