

P. Krasucki, R. Machnikowski, J. Nofer, C. Różycki

NIEKTÓRE AKTUALNE PROBLEMY PRZEMYSŁOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA W ŚWIELE BADAŃ ANKIETOWYCH

Z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi

Dyrektor: doc. dr J. Nofer

WSTĘP

Szereg czynników, a wśród nich gwałtowny wzrost absencji chorobowej, wywołał w latach 1957—1958 falę dyskusji na temat przemysłowej służby zdrowia. Dyskusja ta toczyła się zarówno wewnątrz resortu zdrowia, jak i poza nim, formułowano pod adresem medycyny przemysłowej szereg postulatów, stawiano wiele zarzutów, opartych na mniej lub bardziej wnikliwej analizie działalności tej najmłodszej niewątpliwie w Polsce i najmniej tradycji mającej formie opieki lekarskiej nad robotnikami przemysłowymi.

Niespełna dziesięć lat istnienia przemysłowej służby zdrowia w Polsce udowodniło, naszym zdaniem, że zasadnicze teoretyczne podstawy, na których była ona budowana, są słuszne. Oczywiście sporo zagadnień jest nadal dyskusyjnych, wiele mankamentów w pracy lecznictwa przemysłowego wymaga podjęcia dużych wysiłków w kierunku ich likwidacji.

Wysiłki zmierzające w kierunku dalszej poprawy istniejącego stanu rzeczy muszą być podejmowane w oparciu o rozeznanie aktualnej sytuacji, potrzeb i możliwości. Pomocą w uzyskaniu tych danych miała być opracowana w 1958 r. w Instytucie Medycyny Pracy w Przemyśle Włókienniczym i Chemicznym w Łodzi ankieta na temat działalności Przemysłowej Służby Zdrowia, którą rozesłano do lekarzy przemysłowych, dyrektorów zakładów przemysłowych i przewodniczących Rad Zakładowych.

Celem ankiety było: po pierwsze — uzyskanie materiałów obrazujących poglądy ludzi najbardziej zainteresowanych na celowość istnienia, zakres działania i niektóre formy organizacyjne Przemysłowej Służby Zdrowia; po drugie — próba określenia w jakim stopniu prawidłowe są poglądy na charakter niektórych czynności wykonywanych przez lekarzy przemysłowych. W tym celu kilka pytań sformułowano w sposób stwarzający konieczność zdefiniowania przez odpowiadającego takich pojęć jak np. lecznictwo i profilaktyka. Ankieta składała się z 20 pytań następującej treści:

1. Co według Waszego mniemania należy rozumieć pod pojęciem „przemysłowa służba zdrowia”?
2. Co według Waszego mniemania należy rozumieć pod pojęciem „profilaktyka” wzgl. „zapobieganie chorobom”?
3. Co według Waszego mniemania należy rozumieć pod pojęciem „lecznictwo”?
4. Czy uważacie za uzasadnione istnienie przemysłowej służby zdrowia? Dlaczego?

5. Jeśli tak, czy we wszystkich zakładach pracy, czy tylko w niektórych i w jakich? Dlaczego?

6. Czy przemysłowa służba zdrowia powinna zajmować się tylko profilaktyką, czy tylko leczeniem, czy też i profilaktyką i leczeniem? Dlaczego?

7. Jakie czynności profilaktyczne powinny wchodzić w zakres działania przemysłowej służby zdrowia? Dlaczego?

8. Jakie czynności lecznicze powinny wchodzić w zakres działania przemysłowej służby zdrowia? Dlaczego?

9. Jakie inne czynności powinny wchodzić w zakres działania przemysłowej służby zdrowia? Dlaczego?

10. Jakie w związku z tymi czynnościami uprawnienia na terenie zakładu pracy powinna posiadać przemysłowa służba zdrowia?

11. Czy przemysłowa służba zdrowia powinna wykonywać niektóre czynności poza zakładem pracy (np. opieka nad chorymi w domu, opieka nad członkami rodzin robotników, inne)? Jakież?

12. Z jakimi komórkami organizacyjnymi zakładu pracy powinna w szczególności współpracować przemysłowa służba zdrowia? Dlaczego?

13. Jakie kwalifikacje powinien posiadać personel służby zdrowia?:

- a) lekarski,
- b) pielęgniarski,
- c) inny (np. laboratoryjny itp.).

14. Czy słuszne jest zatrudnienie w przemysłowej służbie zdrowia lekarzy specjalistów jak np. neurolog, dermatolog, ginekolog, laryngolog, chirurg, urolog, reumatolog, ftyzjatra itp.? Dlaczego?

15. Jaka liczba lekarzy i pielęgniarek i jakich specjalności zapewniłaby sprawne funkcjonowanie przemysłowej służby zdrowia w Waszym zakładzie?

16. Kto powinien ponosić koszty utrzymania przemysłowej służby zdrowia? Ministerstwo Zdrowia? Resorty przemysłowe? Zakłady pracy? W jakim zakresie? Z jakich funduszy?

17. Komu powinna podlegać przemysłowa służba zdrowia pod względem finansowym, administracyjnym i fachowym:

- a) Ministerstwu Zdrowia?
- b) dyrekcji zakładu pracy?
- c) innym organizacjom? Jakim?

18. Czy w przypadku podporządkowania finansowego i administracyjnego przemysłowej służby zdrowia dyrekcji zakładu pracy nie istnieje niebezpieczeństwo w niektórych przypadkach podporządkowywania interesów zdrowotnych robotnika doraźnym wymaganiom produkcji?

19. Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób działalność przemysłowej służby zdrowia wpływa na wysokość absencji chorobowej (tzn. opuszczonych dni pracy z powodu zwolnień lekarskich wydanych wskutek rzeczywistej lub rzekomej choroby pracownika)?

20. Jakie środki ma w swej dyspozycji przemysłowa służba zdrowia dla obniżenia absencji chorobowej?

OGÓLNE WYNIKI ANKIETY

Instytut Medycyny Pracy rozesłał ankiety do 96 zakładów przemysłowych na terenie całej Polski. Ankiety wysyłano do fabryk w trzech egzemplarzach: do dyrektora, do przewodniczącego Rady Zakładowej oraz



do kierownika Zakładu Leczniczko-Zapobiegawczego. Na 288 wysłanych ankiet otrzymano 116 odpowiedzi, przy czym jeden ZLZ nadesłał odpowiedzi od 6 lekarzy.

Część ankiet została wypełniona wspólnie przez dyrekcję i lekarza lub przez dyrekcję, lekarza i Radę Zakładową. Przy opracowywaniu wyników odpowiedzi takie wliczano do poszczególnych grup.

Tabela I

Ogólne wyniki

	Dyrektor	Rada Zakładowa	Lekarz
Wysłano	96=100%	96=100%	96=100%
Otrzymano odpowiedzi	48= 50%	19= 20%	44= 46%

Jak wynika z tab. I, najwięcej, bo 50% odpowiedzi uzyskano od kierowników zakładów, nieco mniej (46%) od lekarzy przemysłowych, od komórek związkowych zaledwie 20%. Liczby te są niepokojące, wykazują bowiem, iż ludzie znajdujący się w najbliższym kontakcie z przemysłową służbą zdrowia wykazują obojętność w sprawach dotyczących jej działalności i organizacji.

Poniżej zamieszczone tabele obrazują wyniki jakie uzyskano po rozbiciu wysłanych i otrzymanych ankiet na poszczególne resorty i związki zawodowe.

Tabela II

Resorty

	Wysłano liczba zakładów	Otrzymano odpowiedzi od:		
		dyrekcji	rad zakł.	lekarzy
Min. Przem. Ciężkiego	31	17=54,8%	6=19,4%	14=45,2%
Nin. Przem. Lekkiego	18	12=66,7%	6=33,3%	10=55,5%
Min. Górn. i Energ.	21	5=23,8%	1= 4,8%	6=28,6%
Min. Przem. Chemicznego	20	12=60,0%	4=20,0%	12=60,0%
Inne	6	2=33,3%	2=33,3%	2=33,3%
Razem	96	48=50,0%	19=19,8%	44=45,8%

Z zestawień wynika, że największy odsetek odpowiedzi wpłynął z zakładów podległych Ministerstwu Przemysłu Lekkiego i Chemicznego. Można przypuszczać, że odegrał tu pewną rolę fakt, iż branża ta są objęte działalnością naszego Instytutu i wielu lekarzy uczestnicząc w kursach,

konferencjach itp. organizowanych w Łodzi nawiązało z Instytutem bliższe kontakty.

Tabela III

Związki branżowe

	Wysłano liczba zakładów	Otrzymano odpowiedzi od:		
		dyrekcji	rad zakł.	lekarzy
Zw. Zaw. Metalowców	14	8=57,1%	2=14,3%	6=42,8%
Zw. Zaw. Hutników	17	9=52,9%	4=23,5%	8=47,0%
Zw. Zaw. Górników	22	5=22,7%	2= 9,1%	7=31,8%
Zw. Zaw. Prac. Przem. Włók. . . .	18	12=66,7%	6=33,3%	10=55,5%
Zw. Zaw. Prac. Przem. Chem. . . .	25	14=56,0%	5=20,0%	14=56,0%
Razem	96	48=50,0%	19=19,8%	44=45,8%

Wydać się, że systematyczne pogłębianie współpracy z terenem przez Instytuty Medycyny Pracy, a zwłaszcza ich działy metodyczno-organizacyjne, może przynieść duże korzyści poprzez zwiększenie zainteresowania problematyką zdrowotną osób odpowiedzialnych bezpośrednio za ochronę zdrowia robotnika.

Następna tabela ułożona została w celu zorientowania się w wynikach odpowiedzi uzyskanych z dużych, średnich i małych zakładów, już niezależnie od przynależności do danego resortu przemysłowego. Jako kryterium oceny wielkości Zakładu wzięto liczbę zatrudnionych pracowników.

Tabela IV

Wielkość zakładów pracy wg liczby zatrudnienia

Liczba zatrudnionych	Wysłano liczba zakładów	Otrzymano odpowiedzi od:		
		dyrekcji	rad zakł.	lekarzy
Poniżej 2500 prac.	25	17=68,0%	7=28,0%	11=44,0%
Od 2500 do 5000 prac.	25	15=60,0%	4=16,0%	11=44,0%
Od 5000 do 7000 prac.	25	9=36,0%	5=20,0%	10=40,0%
Powyżej 7500 prac.	21	7=33,3%	3=14,3%	12=57,1%
Razem	96	48=50,0%	19=19,8%	44=45,8%

Z tabeli tej wynika, że liczba odpowiedzi uzyskanych od dyrekcji była odwrotnie proporcjonalna do wielkości zakładu, to znaczy największy pro-



cent odpowiedzi (68,0%) uzyskano w grupie zakładów zatrudniających poniżej 2 500 ludzi.

Natomiast odsetek odpowiedzi od dyrekcji dużych zakładów znacznie się obniżył i w grupie 5 000—7 500 wyniósł już tylko 36,0%, a w grupie powyżej 7 500 zatrudnionych — 33,3%.

Odwrotnie rozłożone są odpowiedzi lekarzy. Najwyższy odsetek (57,1%) pochodzi z grupy zakładów zatrudniających powyżej 7 500 ludzi, w pozostałych zaś grupach jest niemal równy i wynosi ponad 40%.

Odpowiedzi uzyskane od rad zakładowych kształtują się podobnie jak w grupie dyrekcji.

Aby otrzymać możliwie pełny obraz wyników uzyskanych z odpowiedzi na ankietę, ułożono jeszcze jedną tabelę. Kryterium tego podziału była wielkość miast, w których znajdują się ankietowane zakłady przemysłowe.

Tabela V

Miasta wg liczby mieszkańców

Miasta liczba mieszkańców	Wysłano	Otrzymano odpowiedzi od:		
		dyrekcji	rad. zakł.	lekarzy
Powyżej 300 000	14	5=35,7%	2=14,3%	9=64,3%
Od 100 000 do 300 000	27	12=44,4%	3=11,1%	11=40,7%
Od 30 000 do 100 000	26	19=73,0%	7=26,9%	16=61,5%
Poniżej 30 000	29	12=41,4%	7=24,1%	8=27,6%
Razem	96	48=50,0%	19=19,8%	44=45,8%

Najwięcej odpowiedzi (73,0%) w grupie „dyrekcja” uzyskano od zakładów znajdujących się w miastach posiadających od 30 000 do 100 000 mieszkańców, zaś najmniej (35,7%) z miast największych (pow. 300 000 mieszkańców).

Także i w tej tabeli liczba odpowiedzi lekarzy ukształtowała się odwrotnie niż w grupie „dyrekcja”. Najwięcej (64,3%) lekarzy odpowiedziało w grupie miast największych (pow. 300 000 mieszk.), natomiast najmniej miast poniżej 30 000 mieszk. (27,6%). Te ostatnie dane można tłumaczyć tym, że w dużych miastach, nie odczuwających braku lekarzy, łatwiejsze jest wyselekcjonowanie kadry lekarzy przemysłowych i jest ona bardziej ustabilizowana. W małych miastach natomiast lekarze traktują często pracę w przemyśle jako drugorzędną i nie przykładają większej wagi do szkolenia w zakresie medycyny przemysłowej. Nie jest wyłączone, że właśnie to jest przyczyną liczniejszych wypowiedzi dyrekcji z małych zakładów pracy i małych miast, gdzie — wobec braku wykwalifikowanej służby zdrowia — szereg zagadnień, normalnie rozwiązywanych w toku jej codziennej pracy, urasta do rozmiarów problemu ogólnozakładowego.

Po omówieniu ogólnych wyników ankiety, rozpatrzone zostaną odpowiedzi na poszczególne pytania.

KONIECZNOŚĆ ISTNIENIA PRZEMYSŁOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Na podstawowe pytanie ankiety „Czy uważacie za celowe istnienie przemysłowej służby zdrowia”? — padło we wszystkich grupach 100% odpowiedzi twierdzących. Ta jednomyslność w odpowiedziach na pytanie 4 świadczy o powszechnym zrozumieniu konieczności istnienia przemysłowej służby zdrowia.

Uzasadnienia były w zasadzie podobne. Podkreślały, że lekarze przemysłowi, którzy znają środowisko pracy robotników, są w stanie lepiej przeprowadzać zapobieganie chorobom zawodowym, czy wypadkom przy pracy, a także skuteczniej leczyć. Często powtarzały się głosy, że przemysłowa służba zdrowia ułatwia robotnikom korzystanie z opieki lekarskiej i że jej istnienie ma poważne znaczenie polityczne, wywierając wyraźny wpływ na kształtowanie się świadomości robotników.

A oto kilka charakterystycznych odpowiedzi:

„Przekonani jesteśmy o konieczności istnienia przemysłowej służby zdrowia, gdyż tylko wtedy pracownik może znaleźć szybką i fachową pomoc. Należałoby dążyć do stworzenia typu lekarza, który oprócz wiadomości fachowych, zapoznany byłby z technologią zakładu pracy i występującymi tam szkodliwościami, a wtedy i rozpoznawanie choroby będzie łatwiejsze”.

„Jedynie lekarz znający dobrze zakład może zapobiec chorobom, oceniać zdolności do pracy pracowników nowowstępujących, odpowiednio oceniać wyniki badań okresowych”.

„Tak, ponieważ:

a) głównym celem jej istnienia jest zapobieganie chorobom, wykrywanie i zwalczanie źródeł chorób;

b) lekarze przemysłowi, znając specyfikę warunków pracy w swoim zakładzie, mogą skuteczniej zapobiegać w wydawaniu nieuzasadnionych zwolnień (istnieją przypadki symulacji). Badania wykazały, że procent wydawanych zwolnień lekarskich przez lekarzy spoza ambulatorium zakładowego jest znacznie wyższy niż zwolnień pochodzących od lekarzy

Tabela VI

W jakich zakładach należy organizować placówki przemysłowej służby zdrowia

	Dyrekcja	Rady Zakładowe	Lekarze
a) we wszystkich zakładach	27,7%	10,5%	14,3%
b) w zakładach dużych i średnich (powyżej 500 pracowników)	51,0%	47,4%	51,0%
c) tworzyć jeden ZLZ dla kilku małych zakładów	8,5%	—	12,2%
Brak odpowiedzi	12,0%	42,1%	22,5%



przemysłowych, mimo że większość pracowników leczy się właściwie w ambulatorium przyzakładowym”.

W odpowiedzi na pytanie 5: „Jeśli tak, czy we wszystkich zakładach pracy, czy tylko w niektórych i w jakich? Dlaczego?” — większość odpowiadających uznała, że przemysłowa służba zdrowia powinna działać jedynie w większych zakładach (przy czym dolne granice określano bardzo różnie: od 300, 500 lub 100 zatrudnionych) oraz niezależnie od liczebności załogi wszędzie tam, gdzie istnieją narażenia na szkodliwości zawodowe lub duża wypadkowość. Dla małych zakładów podano kilka propozycji, a mianowicie: tworzyć jeden Z. L. Z. dla kilku mniejszych zakładów, przekazać opiekę nad robotnikami z małych zakładów Poradniom Higieny Pracy lub istniejącym w pobliżu Zakładom Leczniczo-Zapobiegawczym przy większych obiektach przemysłowych (p. tab. VI).

ZAKRES DZIAŁANIA PRZEMYSŁOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Zakresowi działalności i czynnościom przemysłowej służby zdrowia poświęcone były pytania 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11.

Pierwsze trzy pytania przyniosły odpowiedzi dające się podzielić na dwie grupy. Część odpowiadających, zwłaszcza kierownicy zakładów przemysłowych i lekarze o niewielkim stażu pracy, odpowiadała w sposób czysto formalny, nie próbując dać definicji pojęć — „przemysłowa służba zdrowia”, „profilaktyka” i „lecznictwo”. Większość jednak starała się zdefiniować te pojęcia w sposób najbardziej określający ich treść, bądź też poglądy swe podawała w formie obszernych częstokroć opisów. Z tej grupy można zacytować kilka odpowiedzi najbardziej reprezentatywnych.

„Pod pojęciem przemysłowej służby zdrowia rozumiemy opiekę nad człowiekiem zdrowym i chorym w jego miejscu pracy”...; (przemysłowa służba zdrowia) „jest to jedyny «organ», który prowadzi i kieruje sprawami zdrowotnymi w zakładzie pracy”...; „profilaktyka jest to zwalczanie przyczyn zachorowalności w zakładach pracy ze szczególnym uwzględnieniem chorób zawodowych”. „Pod pojęciem profilaktyki rozumiemy wszystkie czynności lekarskie zmierzające do polepszenia stanu zdrowia pracowników względnie utrzymanie pracowników w jak najlepszym zdrowiu fizycznym i psychicznym”. „Pod pojęciem lecznictwa rozumiemy stosowanie zabiegów i środków dostępnych dzisiejszej medycynie mających na celu przywrócenie zdrowia i zdolności do pracy”. „Lecznictwo obok prawidłowo postawionej diagnozy winno stosować jak najbardziej skuteczne środki, aby okres choroby skrócić do minimum. W tym kierunku o wiele skuteczniej może działać przemysłowa służba zdrowia...”. Niektóre odpowiedzi podkreślały konieczność prowadzenia badań naukowych przez lekarzy przemysłowych, jako uzupełnienie działalności profilaktycznej. Odpowiadając na pytanie szóste większość lekarzy (90%) i dyrektorów (72%) uznała, że należy łączyć w przemysłowej służbie zdrowia lecznictwo i profilaktykę, przy czym podkreślano wyraźnie prymat działalności zapobiegawczej. Zwraca uwagę znaczny odsetek (20%) przedstawicieli kierownictwa, którzy wypowiedzieli się za zlikwidowaniem lecznictwa w przemysłowej służbie zdrowia, najczęściej jednak pozostawiając tę propozycję bez motywacji, bądź z motywacją nieprzekonywającą (np. leczenie winno być prowadzone przez specjalistów).

Szczegółowy zakres czynności przemysłowej służby zdrowia (pyt. 7, 8, 9) przedstawia się w oczach odpowiadających na ankietę następująco:

z czynności leczniczych wymieniono we wszystkich grupach na pierwszym miejscu udzielanie pierwszej pomocy, na drugim — kierowanie do szpitali, poradni specjalistycznych i sanatoriów, zaś na trzecim — stosowanie zabiegów fizykoterapeutycznych, wodoleczniczych itd.

Pewnego rodzaju zawężenie zakresu tych czynności w stosunku do definicji podawanych w odpowiedziach na pytania: „Co należy rozumieć pod pojęciem «przemysłowa służba zdrowia»” (pyt. 1) i „Co należy rozumieć pod pojęciem «lecznictwo»” (pyt. 3), należy tłumaczyć chyba tym, że definicje były rozumiane często teoretycznie, natomiast propozycje szczegółowe uwzględniały aktualne możliwości służby zdrowia, oceniane na ogół przez odpowiadających jako niewystarczające do wykonywania wszystkich postulowanych funkcji.

W zakresie działalności profilaktycznej wymieniono 31 czynności. Odpowiedzi ilustruje załączona tabela.

Tabela VII

Czynności profilaktyczne przemysłowej służby zdrowia

	Lekarze
Badania okresowe	41 (84%)
Badania nowowstępujących	29 (59%)
Kontrola stanowisk pracy	29 (59%)
Prowadzenie oświaty sanitarnej	27 (55%)
Wnioskowanie o zmianę pracy	14 (28%)
Wykonywanie szczepień ochronnych	10 (20%)
	Kierownictwo
Badania okresowe	39 (81%)
Kontrolowanie stanowisk pracy	27 (56%)
Badania nowowstępujących	19 (40%)
Zapobieganie chorobom zawodowym	15 (31%)
Wnioskowanie o zmianę pracy	12 (25%)
Prowadzenie oświaty sanitarnej	11 (23%)
Wykonywanie szczepień ochronnych	11 (23%)

Obie tabele wykazują duże podobieństwo, jedyna istotna różnica to znalezienie się dopiero na trzecim miejscu w wypowiedziach dyrekcji badań nowowstępujących (40%), podczas kiedy w odpowiedziach lekarzy zajmują one drugą pozycję (59%). Jednak, mimo wysokich lokat w tabelach badań nowowstępujących, pewne zaniepokojenie budzić muszą wartości procentowe. Świadczą one bowiem o zjawisku niedostatecznego doceniania tych badań zarówno przez znaczną grupę lekarzy (41%) i dyrektorów (60%),



którzy w ogóle nie uwzględnili ich w działalności profilaktycznej przemysłowej służby zdrowia, zwłaszcza że tylko w kilku ankietach wspomniano o wyborze przez lekarza pracy dostosowanej do stanu zdrowia i możliwości psychicznych i fizycznych kandydata.

Badania nowowstępujących są w tej chwili uważane za jeden z najważniejszych czynników determinujących późniejszy stan zdrowotny załogi, a więc w konsekwencji rzutujący na szereg problemów ekonomicznych: wydajność pracy, absencję chorobową, utrzymanie pracownika w grupie produkcyjnej itp.

Nie ulega wątpliwości, że jak najbardziej konieczne jest zwrócenie większej uwagi na badania nowowstępujących przy nadaniu im charakteru poradnictwa zawodowego, prowadzonego w bardzo szerokim zakresie. Korzyści płynące z tego rodzaju badań są oczywiste, przy czym dotyczą one zakładu pracy i samego robotnika, którego zarobki przy wykonywaniu pracy lepiej dopasowanej do jego struktury fizycznej i psychicznej, z pewnością będą się kształtowały na wyższym poziomie. Na podstawie wyników ankiety można sądzić, że korzyści te są — jak dotychczas — niedostatecznie spopularyzowane zarówno wśród lekarzy jak wśród czynników kierowniczych przemysłu.

Znaczna większość lekarzy (84%) i dyrektorów (81%) na pierwszym miejscu w czynnościach zapobiegawczych umieściła badania okresowe. Aczkolwiek szereg znanych powszechnie zjawisk świadczących o tym, że rola i cel tych badań nie są jeszcze wszędzie dobrze rozumiane (szereg lekarzy np. obejmuje badaniami okresowymi o jednakowym i często bardzo niskim standardzie wszystkich zatrudnionych pracowników, tak fizycznych, jak i umysłowych) należy stwierdzić, że ta forma działalności zdobyła sobie pełne uznanie.

Wypowiedzi dotyczące badań okresowych są często uzupełnione uwagami, że muszą być one wykonywane przez najlepszych fachowców, jakimi dysponuje Z. L. Z. (jako że celem ich jest uchwycenie wczesnych i subtelnych odchyśleń od normy) a nie, jak to w wielu wypadkach ma miejsce dotychczas, przez lekarza najmłodszego stażem lub wręcz przez felczera.

Zupełnie niezrozumiały i budzący poważny niepokój jest fakt, że tak ważny czynnik pracy profilaktycznej jak analiza absencji chorobowej został wymieniony zaledwie przez jednego lekarza i trzech przedstawicieli kierownictwa zakładów. Wskazuje to na pilną konieczność szerszej niż dotychczas popularyzacji metod i sposobów analizy absencji chorobowej i zachorowalności, gdyż bez tego trudno sobie w ogóle wyobrazić racjonalną pracę profilaktyczną w zakładzie przemysłowym. Należy przypuszczać, że właściwa rejestracja absencji chorobowej z późniejszą analizą i prawidłowym opracowaniem dostarczy w każdym wypadku informacji, które być może zmieniają pokutujące dotąd fałszywe poglądy na zagadnienie orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy.

Jednym z nich, szczególnie silnie akcentowanym, zwłaszcza po wprowadzeniu limitowania funduszy przeznaczonych na zasiłki chorobowe był pogląd, że absencję chorobową można i należy zmniejszać środkami administracyjnymi, poprzez wywieranie na służbę zdrowia presji moralnej bądź materialnej, a w szczególności „zakazanie” wydawania nadmiernej — w pojęciu czynników przemysłowych — liczby druków L-4. Poglądy te znalazły swe odzwierciedlenie w odpowiedziach na pytanie dziewiętnaste i dwudzieste i tam zostały szerzej omówione.

Na pytanie 11: „Czy przemysłowa służba zdrowia powinna wykonywać niektóre czynności poza zakładem pracy?” — 53% przedstawicieli dyrek-

cji i 41% lekarzy odpowiedziało „tak; powinna opiekować się chorymi pracownikami w domu”. Negatywnie natomiast ustosunkowano się w wypowiedziach do praktykowanego gdzieś łączenia opieki lekarskiej nad pracownikami z opieką nad rodzinami pracowników. Przeważa pogląd, że możliwe jest to wyłącznie dla mieszkańców osiedli awaryjnych i to tylko w warunkach całkowitego braku placówek leczenia otwartego na danym terenie.

UPRAWNIENIA PRZEMYSŁOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Pytanie 10. naszej ankiety dotyczyło uprawnień przemysłowej służby zdrowia na terenie zakładu. Otrzymane odpowiedzi posiadały różnorodny charakter. Część wypowiadających zadowalała się odpowiedzią „takie jak dotychczas”, inni wymieniali na pierwszym miejscu żądanie honorowania wskazań lekarskich do zmiany stanowiska pracy, w wypadkach stwierdzonej choroby.

Duża grupa odpowiadających, szczególnie lekarze, postulowała nadanie przemysłowej służbie zdrowia uprawnień Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tzn. wydawania nakazów i ich egzekwowania), bądź też służby Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (wstrzymywanie produkcji w wypadku zagrożenia życia lub zdrowia zatrudnionych).

A oto kilka wypowiedzi na ten temat: „...lekarz zakładowy i wyznaczone przez niego osoby powinny posiadać uprawnienia inspekcji sanitarnej jako podstawowej komórki służby sanitarno-epidemiologicznej na terenie zakładu i osiedla robotniczego. Lekarz zakładowy Z. L. Z., równy stanowiskiem naczelnemu inżynierowi, powinien być doradcą medycznym zakładu pracy biorącym udział we wszystkich naradach dotyczących zagadnień zabezpieczenia medycznego załogi. Lekarz zakładowy jest jedynym dysponentem pojazdów sanitarnych dla użytku pacjentów i akcji zakładowej służby zdrowia”. „Kierownicy dużych Z. L. Z. oraz lekarze przemysłowi średnich zakładów powinni mieć uprawnienia państwowych inspektorów sanitarnych na terenie danego zakładu, w celu egzekwowania wydawanych przez siebie poleceń, z możliwością nakładania kar za uchylanie się od wykonywania odpowiednich zarządzeń w dziedzinie ochrony pracy, stanu sanitarno-higienicznego itp.”.

Z satysfakcją można odnotować głos dyrekcji jednego z zakładów proponujący takie uregulowanie uprawnień przemysłowej służby zdrowia, aby „współdecydowała ona o wszystkich sprawach w zakładach pracy, mogących mieć wpływ na zdrowie robotnika”.

W świetle tych wypowiedzi staje się jasną potrzeba zwiększenia dotychczasowych uprawnień przemysłowej służby zdrowia w celu umożliwienia lekarzom przemysłowym udziału we wszystkich zagadnieniach dotyczących higieny pracy.

WSPÓŁPRACA Z ZAKŁADEM

Analiza odpowiedzi na pytanie 12: „Z jakimi komórkami organizacyjnymi zakładu pracy powinna w szczególności współpracować przemysłowa służba zdrowia?” zdaje się wskazywać na pewną tendencję do chęci ustanawiania, zwłaszcza przez kierownictwo, „buforów” między służbą zdrowia a dyrekcją zakładu.



Odpowiedzi na to pytanie kształtowały się następująco:

lekarze — 46 odpowiedzi		
Komórka BHP	44	(96%)
Rada Zakładowa	40	(87%)
Dyrekcja Zakładu	32	(70%)
Społ. Inspektor Pracy	16	(35%)
Rada Robotnicza	15	(33%)
dyrekcja — 44 odpowiedzi		
Komórka BHP	44	(100%)
Rada Zakładowa	36	(82%)
Dyrekcja Zakładu	22	(50%)
Społ. Inspektor Pracy	14	(32%)
Dział Personalny	12	(27%)

Oprócz powyższych wymieniano jeszcze Dział Socjalny, Kierowników Oddziałów, Polski Czerwony Krzyż.

Zwraca uwagę znacznie mniejsza liczba kierowników zakładów uważających za celową bezpośrednią współpracę ze służbą zdrowia w stosunku do lekarzy uważających za celową bezpośrednią współpracę z dyrekcją zakładu.

Pozytywnie trzeba ocenić fakt, że stosunkowo wysoki odsetek lekarzy uważa za wskazane kontakty z podstawową organizacją partyjną w zakładzie pracy, w przeciwieństwie do dyrekcji, które tylko kilkakrotnie wymieniły P. O. P. W wielu wypadkach organizacja partyjna posiada możliwość interweniowania w sprawach spornych między dyrekcją a służbą zdrowia, aczkolwiek należy sądzić, że są one niedostatecznie wykorzystywane.

Mała liczba odpowiedzi wskazujących na celowość współpracy przemysłowej służby zdrowia z komórkami personalnymi zdaje się potwierdzać wyciągnięte poprzednio wnioski o niezrozumieniu roli lekarza w doborze stanowiska pracy.

Poważne zastrzeżenia musi budzić również niski odsetek (33%) głosów lekarzy i brak wśród odpowiedzi dyrekcji propozycji postulujących współpracę z Radą Robotniczą.

Nieuczestniczenie lekarzy przemysłowych w pracach Rad Robotniczych czy zebraniach-konferencjach Samorządu Robotniczego, na których przecież rozstrzygana jest większość istotnych problemów zakładu, może w konsekwencji przynieść służbie zdrowia oderwanie się od problematyki zakładu, a czynniki przemysłowe pozbawić fachowej konsultacji przy podejmowaniu decyzji mających niejednokrotnie poważny lub nawet decydujący wpływ na warunki pracy załogi, a w konsekwencji na jej stan zdrowotny.

Natomiast zdecydowane postulowanie współpracy ze służbą B. i H. P. oraz Radami Zakładowymi, znajdujące wyraz w wypowiedziach zarówno lekarzy jak i przedstawicieli dyrekcji, jest zrozumiałe i jak najbardziej uzasadnione.

Wysunięto również oryginalną koncepcję utworzenia Rady Ambulatorium Zakładowego, która „...rozpatrywałaby potrzeby ambulatorium, wysuwała koncepcje odnośnie poprawy stanu zdrowotnego załogi, walki z nieuzasadnioną absencją chorobową itp.”. W skład takiej Rady, zdaniem projektodawcy, powinien wchodzić kierownik Z. L. Z., przedstawiciel Rady Zakładowej, przedstawiciel dyrekcji i inżynier B. H. P. Propozycja ta za-

sługuje na uwagę i być może jej praktyczna realizacja przyniosłaby pewne korzyści poprzez wciągnięcie na stałe w pracę nad zagadnieniami poprawy warunków pracy i stanu zdrowotnego załogi określonych osób z kierownictwa zakładu.

KADRY PRZEMYSŁOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Pytania 13., 14. i 15. dotyczyły zagadnienia kwalifikacji lekarzy przemysłowych, zatrudnienia w przemysłowej służbie zdrowia lekarzy specjalistów oraz liczebności personelu lekarsko-pielęgniarskiego.

Na pytanie 13.: „Jakie kwalifikacje powinien posiadać personel służby zdrowia?” uzyskano następujące odpowiedzi:

Tabela VIII

Kwalifikacje personelu przemysłowej służby zdrowia

A — personel lekarski

	Dyrekcja	Rada Zakładowa	Lekarze
Specjalizacja I stopnia lekarza przemysłowego.	29,8%	31,7%	36,7%
Kilkuletni staż pracy w przemyśle i dobra orientacja w warunkach pracy zakładu	8,5%	15,8%	20,4%
Odpowiedzi niesprecyzowane	46,8%	42,1%	32,7%

B — personel pielęgniarski

	Dyrekcja	Rada Zakładowa	Lekarze
Kurs pielęgniarek przemysłowych	17,0%	15,8%	44,9%
Dyplom szkoły pielęgniarskiej oraz przeszkolenie przem.	19,1%	36,8%	34,7%
Odpowiedzi niesprecyzowane	63,9%	47,4%	20,4%

Duży odsetek odpowiedzi nie sprecyzowanych w grupach „dyrekcja” i „Rada Zakładowa” wynika chyba z czysto fachowego charakteru pytania.

Największa liczba lekarzy w obu tabelach wypowiedziała się za specjalizacją przemysłową lekarzy i koniecznością przeszkolenia przemysłowego pielęgniarek.

Pytanie 14. brzmiało: „Czy słuszne jest zatrudnienie w przemysłowej służbie zdrowia lekarzy specjalistów jak np. neurolog, dermatolog, ginekolog, chirurg itd.?”

Z powyższego zestawienia wyraźnie widać, że we wszystkich trzech grupach większość uczestników ankiety wypowiedziała się za zatrudnieniem w przemysłowej służbie zdrowia lekarzy specjalistów.

Uzasadnienia były na ogół podobne. Zatrudnienie specjalistów uzależniano od liczebności załogi i warunków pracy w zakładzie.



Tabela IX

Zatrudnienie lekarzy specjalistów

	Dyrekcja	Rady zakładowe	Lekarze
Tak	68,1%	73,7%	75,5%
Nie	25,5%	10,5%	16,3%
Brak odpowiedzi	6,4%	15,8%	8,2%

Natomiast przeciwnicy zatrudnienia specjalistów motywowali swoje zdanie na ogół w ten sposób: „naszym zdaniem zatrudnienie w przemysłowej służbie zdrowia szerokiego wachlarza specjalistów nie jest wskazane, gdyż badanie tego rodzaju chorych poza zakładem pracy nie napotyka na trudności”.

W większości wypowiedzi podkreślano, że lekarze zatrudnieni w przemyśle winni prócz znajomości procesów produkcyjnych i warunków pracy w zakładzie posiadać możliwie najpełniejsze wykształcenie internistyczne.

W odpowiedziach na pytanie piętnaste najwięcej odpowiadających wypowiadało się za normą: pełny etat lekarski na tysiąc zatrudnionych, uznając to za zasadę od której w oparciu o znajomość sytuacji poszczególnych zakładów przemysłowych nalaży w miarę potrzeby odstępować.

Jako niezbędną liczbę pielęgniarek wymieniano w 16% liczbę równą ilości lekarzy, zaś w 20% żądano zachowania stosunku: dwa etaty pielęgniarskie na jeden lekarski. Trzeba dodać, że odpowiedzi na to pytanie były często niesprecyzowane i trudne do interpretacji liczbowej.

We wszystkich niemal wypowiedziach, zwłaszcza czynników przemysłowych, kładziono nacisk na konieczność stabilizacji lekarzy przemysłowych oraz personelu pielęgniarskiego, jako na niezbędny warunek właściwego funkcjonowania przemysłowej służby zdrowia.

PODLEGŁOŚĆ ORGANIZACYJNA I FACHOWA ORAZ FINANSE PRZEMYSŁOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Duże rozbieżności wyłoniły się w odpowiedziach na pytania: „Komu winna podlegać finansowo, administracyjnie i fachowo przemysłowa służba zdrowia?” oraz „Czy podporządkowanie finansowe i administracyjne Dyrekcjom Zakładów nie pociągnie za sobą ingerencji czynnika nefachowego w sprawy czysto lekarskie?” (pyt. 16, 17, 18).

Pytanie 16.: „Kto powinien ponosić koszty utrzymania przemysłowej służby zdrowia?”

Tabela X

	Dyrekcja	Rada Zakładowa	Lekarze
Zakłady pracy	72,0%	63,1%	55,1%
Ministerstwo Zdrowia	21,0%	21,1%	38,8%
Brak odpowiedzi	7,0%	15,8%	6,1%

Pytanie 17.: „Komu powinna podlegać przemysłowa służba zdrowia pod względem:

Tabela XI

A — finansowym

	Dyrekcja	Rada Zakładowa	Lekarze
Zakładom pracy	63,8%	68,4%	42,9%
Ministerstwu Zdrowia	19,1%	15,8%	36,7%
Innym organizacjom	10,6%	—	14,3%
Brak odpowiedzi	6,5%	15,8%	6,1%

B — administracyjnym

	Dyrekcja	Rada Zakładowa	Lekarze
Zakładom pracy	70,2%	68,4%	36,7%
Ministerstwu Zdrowia	11,8%	15,8%	49,0%
Innym organizacjom	10,6%	—	8,2%
Brak odpowiedzi	7,4%	15,8%	6,1%

C — fachowo

	Dyrekcja	Rada Zakładowa	Lekarze
Zakładom pracy	2,1%	10,5%	—
Ministerstwu Zdrowia	83,0%	73,7%	89,8%
Innym organizacjom	8,5%	—	4,1%
Brak odpowiedzi	6,4%	15,8%	6,1%

Pytanie 18.: „Czy w przypadku podporządkowania finansowego i administracyjnego przemysłowej służby zdrowia dyrekcji zakładu pracy, nie istnieje niebezpieczeństwo w niektórych przypadkach podporządkowania interesów zdrowotnych robotnika doraźnym wymaganiom produkcji?”

Tabela XII

	Dyrekcja	Rada Zakładowa	Lekarze
Tak	17,0%	15,8%	44,9%
Nie	76,6%	68,4%	49,0%
Brak odpowiedzi	6,4%	15,8%	6,1%



Z zestawień powyższych wynika, że większość odpowiadających uważa za słuszne podporządkowanie pod względem administracyjnym i finansowym przemysłowej służby zdrowia zakładom pracy. W grupie dyrekcji i Rad Zakładowych pogląd ten reprezentowany jest mniej więcej o około 70%, natomiast wśród lekarzy — w około 50%.

Zgodność opinii panuje w odpowiedziach na pytanie dotyczące podlegania przemysłowej służby zdrowia pod względem fachowym, gdyż zdecydowana większość we wszystkich trzech grupach wypowiada się za Ministerstwem Zdrowia. Jedynie 10,5% przedstawicieli Rad Zakładowych uważa, że i pod względem fachowym przemysłowa służba zdrowia powinna podlegać zakładom pracy, sugerując utworzenie przy poszczególnych resortach fachowych komisji kontrolujących działalność lekarzy przemysłowych.

W szeregu odpowiedzi na pytanie dotyczące finansowania służby zdrowia, zwłaszcza wśród lekarzy, napotymano na następujące sformułowania: „niech finansuje ten, kto ma pieniądze, byleby to finansowanie pokrywało rzeczywiste potrzeby kadrowe i wyposażeniowe Zakładów Leczniczo-Zapobiegawczych”, „co za różnica kto, przecież to wszystko pieniądze państwowe, byle w dostatecznej ilości”. Przedstawiono również w ankiecie konkretne propozycje finansowe (np. jeden z dyrektorów proponuje wprowadzenie stawek analogicznych do otrzymywanych przez wyższy personel techniczny 2200—3900 zł), mające na celu zlikwidowanie fluktuacji kadry lekarskiej i ściślejsze powiązanie jej z zakładem pracy.

Większość odpowiadających wyrażała przy tym przekonanie, że znacznie łatwiejsze będzie otrzymanie niezbędnych funduszy od resortów gospodarczych, bądź wygospodarowanie ich przez same zakłady niż dofinansowanie przemysłowej służby zdrowia przez Resort Zdrowia.

Stosunkowo duża liczba lekarzy wypowiedziała się za podległością administracyjną dyrekcjom zakładów, twierdząc jednocześnie, iż nie pociąganie to za sobą żadnych ujemnych skutków dla robotnika. Należy jednak dodać, że odpowiedzi „nie” na pytanie 18. mają w większości charakter fakultatywny („w naszym zakładzie nie”; „nie istnieje, o ile fachowo podlegać będzie Ministerstwu Zdrowia” itd.).

Wielu lekarzy oraz niektórzy kierownicy zakładów problem ten analizują szczegółowo, rzucając szereg propozycji organizacyjnych, jak utworzenie przy resortach Departamentu Służby Zdrowia (na wzór Ministerstwa Komunikacji lub Ministerstwa Obrony Narodowej) dla kierowania przemysłową służbą zdrowia w poszczególnych gałęziach gospodarki narodowej, przekazanie zarządzenia przemysłową służbą zdrowia instancjom związkowym, a nawet podporządkowanie przemysłowej służby zdrowia w Polsce Instytutowi Medycyny Pracy.

Z podawanych uzasadnień wynika, iż — zwłaszcza wśród lekarzy — panuje przekonanie, iż istniejące trudności przemysłowej służby zdrowia są spowodowane przede wszystkim słabością komórek lecznictwa przemysłowego i higieny pracy, zarówno w Ministerstwie Zdrowia, jak i na szczeblu wojewódzkim. Nie widząc możliwości wyjścia z impasu, część lekarzy pragnęłaby zmienić pracodawcę, uważając, że przyczyni się to do poprawy stanu opieki zdrowotnej nad robotnikiem, gdyż lekarz zabezpieczony materialnie będzie bardziej sumiennie spełniał swoje obowiązki.

Znaczna część lekarzy (44,9%), obawia się jednak konsekwencji podporządkowania służby zdrowia resortom gospodarczym bądź zakładom pracy,

przy czym głównym uzasadnieniem jest istnienie limitów na zasiłki chorobowe, których przekroczenie pociąga za sobą szereg istotnych trudności finansowych dla zakładu pracy.

Szereg lekarzy spotkało się już z próbami wywarcia przez kierownictwo presji w kierunku zmniejszenia lub zlikwidowania na drodze administracyjnej absencji chorobowej i słusznie domaga się pełnej niezależności w swej działalności orzeczniczej od czynnika nielekarskiego.

Poniżej przytaczamy kilka odpowiedzi na pytanie 18.:

„...takie niebezpieczeństwa mogą zaistnieć, np. dyrekcja może zmuszać lekarzy, aby nie zwalniali chorych pracowników z uwagi na wykonanie planu produkcyjnego, a my stawiamy najpierw człowieka a dopiero potem plan” (Rada Zakładowa).

„...w żadnym wypadku nie wolno całkowicie uzależniać służby zdrowia od dyrekcji zakładu” (Rada Zakładowa).

„...takie niebezpieczeństwo istnieje, niefachowcy mieszaliby się do spraw lekarskich, zagadnienie profilaktyki i interesów zdrowotnych robotnika, zwłaszcza wnioski służby zdrowia w dziedzinie poprawy warunków pracy, byłyby w minimalnym stopniu realizowane, nastąpiłaby duża fluktuacja lekarzy przemysłowych. Dyrekcje zakładów pracy usuwały «niewygodnych», lekarzy, którzy by dążyli do poprawy warunków pracy i nie byłoby siły która by wzięła lekarzy przemysłowych w obronę” (lekarz).

„Wykluczam zupełnie możliwości przejścia służby zdrowia pod administrację zakładu, właśnie z powodów zawartych w pytaniu” (lekarz).

„Zagadnienie subtelne, zależne wyłącznie od morale i postawy lekarza — podobna reszta sytuacja, jak w odniesieniu do służby BHP, która domagając się ścisłego wypełniania przepisów, niejednokrotnie stoi na stanowisku sprzecznym z interesem ekonomiki zakładu” (dyrektor).

W odpowiedziach na pytania, dotyczące podległości przemysłowej służby zdrowia, wystąpiły wyraźnie tendencje zmierzające do zapewnienia lekarzom przemysłowym lepszych warunków finansowych, co jest powszechnie uważane za niezbędny element na drodze do osiągnięcia lepszych efektów działalności lecznictwa przemysłowego. Od czasu rozesłania ankiety, sytuacja w tej dziedzinie uległa zmianie, po wprowadzeniu dodatkowych wynagrodzeń z funduszy Ubezpieczeń Społecznych. Jak wykazała roczna praktyka, w obecnej formie nie zdały one egzaminu i nie spełniły pokładanych w nich nadziei. Nie ulega wątpliwości, że instytucje ubezpieczeniowe, jako jedno z najbardziej zainteresowanych prawidłową działalnością przemysłowej służby zdrowia czynników, powinny znaleźć właściwe formy dofinansowania lecznictwa przemysłowego i związanego z nim ściśle pionu higieny pracy, jednakże dotychczasowy system musi ulec zmianie.

Duże trudności w pracy lekarzy przemysłowych powoduje, sygnalizowana w wielu odpowiedziach, słabość organizacyjna komórek zarządzających przemysłową służbą zdrowia, przede wszystkim na szczeblu województwa. Należy sądzić, że podjęcie odpowiednich kroków w kierunku wzmocnienia kadrowego tych komórek i przekształcenia ich w rzeczywiste, operatywne i fachowe placówki nadzorujące, kontrolujące i konsultujące przemysłową służbę zdrowia, będzie ważnym elementem na drodze do poprawy istniejącej obecnie sytuacji.

Wydaje się, że zmiany organizacyjne w pionie lecznictwa przemysłowego i właściwe ustawienie dodatkowych wynagrodzeń oraz innych świad-



czeń będą działały niejako automatycznie i znacznie przyspieszą proces powstawania fachowej, dobrze przygotowanej do pełnienia swych obowiązków kadry specjalistów medycyny przemysłowej.

WPLYW PRZEMYSŁOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA NA ABSENCJĘ CHOROBOwą

Dwa ostatnie pytania naszej ankiety dotyczyły wpływu przemysłowej służby zdrowia na absencję chorobową.

Poniżej zamieszczamy tabelę przedstawiającą odpowiedzi na pytanie 19.

Tabela XIII

Wpływ przemysłowej służby zdrowia na absencję chorobową

	Dyrekcja	Rada Zakładowa	Lekarze
Przemysłowa służba zdrowia wpływa na zwiększenie absencji chorobowej	31,2%	52,6%	30,6%
Przemysłowa służba zdrowia nie ma wpływu na absencję chorobową	14,9%	21,1%	12,2%
Przemysłowa służba zdrowia wpływa na zmniejszenie absencji chorobowej	46,8%	26,3%	53,1%
Brak odpowiedzi	6,4%	—	4,1%

Odpowiedzi na pytanie 19. i 20. wykazały, że większość przedstawicieli kierownictwa zakładów pracy oraz część lekarzy podchodzi do zagadnień związanych z absencją chorobową w sposób bardzo schematyczny. Widzą oni możliwości obniżenia przez przemysłową służbę zdrowia absencji chorobowej tylko przez likwidację tzw. nieuzasadnionych zwolnień, które — jak wykazały kontrole przeprowadzane przez ZUS i placówki służby zdrowia, nie przekraczają na ogół 8% wydanych zwolnień i to zwolnień krótkotrwałych, a więc minimalnie rzutują na ogólne wskaźniki absencji chorobowej.

Błędne mniemanie o wpływie absencji nieuzasadnionej ilustrować mogą następujące cytaty w odpowiedzi na pytanie 20.: „zwiększyć ilość łóżek w izbie chorych i każdego pacjenta, którego lekarz uważa za symulanta, przez cały okres leczenia zatrzymać. Jeżeli się nie zgadza, zwolnić go z pracy”, „wysokość absencji chorobowej zależy w dużym stopniu od aktywności przemysłowej służby zdrowia w wykrywaniu symulacji” lub też „służba zdrowia nie jest zainteresowana w zwalczaniu symulancja i zwolnienia otrzymuje niemal każdy, kto tego zażąda. Zależność administracyjna służby zdrowia od kierownictwa zakładu powodowałaby bardziej rozważne i przemyślane wydawanie zwolnień z pracy”.

Niektóre jednak uwagi zawarte w odpowiedziach na te pytania wskazują na celowość prowadzenia dalszych gruntownych badań absencji chorobowej, opartych na szerokim materiale.

I tak np. wielu lekarzy stwierdza na swym terenie znane zjawisko zwiększania się absencji chorobowej wskutek stabilizacji kadr lekarskich

i podjęcia intensywnej działalności profilaktycznej, podkreślając jednocześnie, iż wzrost ten będzie najprawdopodobniej w późniejszym czasie skompensowany spadkiem absencji, spowodowanej ciężkimi schorzeniami, a być może przyczyni się do przedłużenia okresu zdolności pracowników do wykonywania zawodu.

W niektórych wypowiedziach tak dyrekcji zakładów jak i lekarzy znajdujemy potwierdzenie faktu, że poważnym czynnikiem wpływającym na wzrost absencji chorobowej jest niekompletne wyposażenie Zakładów Leczniczo-Zapobiegawczych, utrudniające lub uniemożliwiające szybkie postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia.

Tak przedstawiciele przemysłu, jak i służby zdrowia podkreślają znany z badań polskich i zagranicznych fakt, że lekarze przemysłowi, znając lepiej środowisko pracy, dają na ogół krótsze zwolnienia i lepiej oceniają zdolność robotnika do pracy niż lekarze rejonowi.

Przeprowadzone w styczniu 1958 r. badania Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi wykazały, że ani jedno nieuzasadnione zwolnienie lekarskie (na stwierdzonych w badaniach ok. 5% takich zwolnień) nie pochodzi od lekarzy przemysłowych.

W związku z tym w odpowiedziach na ankietę wysuwano propozycje faktycznego weryfikowania wszystkich zwolnień przez lekarzy przemysłowych, bądź też wprowadzenia obowiązku zgłoszenia się rekonwalescenta leczzonego przez placówkę pozazakładową do swego lekarza przemysłowego przed przystąpieniem do pracy.

WNIOSKI

1. Ankieta wykazała pełną zgodność poglądów osób najbardziej zainteresowanych na celowość i konieczność istnienia w Polsce przemysłowej służby zdrowia, jako najwłaściwszej formy opieki lekarskiej nad robotnikiem.

2. Zdaniem odpowiadających, przemysłowa służba zdrowia powinna jednoczyć funkcje profilaktyczne i lecznicze, z zachowaniem prymatu działalności zapobiegawczej.

3. W świetle odpowiedzi na ankietę wydaje się konieczne rozszerzenie akcji zwiększania uprawnień lekarzy przemysłowych w stosunku do dyrekcji zakładów, co umożliwi czynnikowi fachowemu, najlepiej zorientowanemu w sytuacji zdrowotnej załogi, skuteczniejszą ingerencję w sprawach higieny i bezpieczeństwa pracy.

4. Wyniki ankiety wskazują na pilną potrzebę opracowania szeregu szczegółowych zaleceń rozwijających i uzupełniających instrukcję o pracy profilaktycznej lekarza przemysłowego. Zwłaszcza niezbędne wydają się być wytyczne do badań nowowstępujących, badań okresowych* oraz analizy absencji chorobowej. Szczególną uwagę należy zwrócić na badania nowowstępujących, które powinny mieć charakter szeroko pojętego poradnictwa zawodowego.

5. Zdaniem wszystkich niemal uczestników ankiety, właściwa praca przemysłowej służby zdrowia zależy przede wszystkim od stworzenia usta-

* Departament Profilaktyki i Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia wydał ostatnio „Wytyczne badań profilaktycznych w przemysłowych i budowlanych zakładach pracy”, które w pewnym stopniu wypełniają lukę w tej dziedzinie. Konieczne są jednak dalsze wydawnictwa z tego zakresu (uwaga autorów).



bilizowanej i odpowiednio wyszkolonej kadry fachowego personelu, a w pierwszym rzędzie lekarzy.

6. Z ankiety wynika konieczność zwrócenia większej niż dotychczas uwagi na naukowe, pogłębione badanie absencji chorobowej w przemyśle. Wiele odpowiedzi świadczy o tym, że kierownicy zakładów pracy, a nawet niektórzy lekarze, widzą możliwości likwidowania absencji chorobowej na drodze zarządzeń administracyjnych. Należy podkreślić, że szereg prac, zarówno polskich autorów (*Nofer*), jak i zagranicznych (*Burhop*, *Fletcher*, *Forssman*, *Fortuin*) wskazuje możliwości obniżania absencji chorobowej poprzez długotrwałą, systematyczną pracę profilaktyczną i wysoki poziom usług leczniczych, co wiąże się ściśle z realizacją postulatów stworzenia ustabilizowanej, fachowej kadry lekarzy przemysłowych.

Nie lekceważąc bynajmniej problemu walki z nadużyciami przy orzekaniu o czasowej niezdolności do pracy, pragniemy stwierdzić, że zbyt pochopne decyzje w dziedzinie walki o zmniejszenie absencji chorobowej, nie oparte na rzetelnych podstawach naukowych, mogą być skuteczne na krótką metę, jednak ich dalsze efekty ekonomiczne będą opłakane, gdyż chwilowy spadek wskaźników absencji chorobowej uzyskany na drodze nacisku administracyjnego na lekarzy, musi spowodować w przyszłości zwiększenie liczby ciężkich zachorowań oraz trwałych niezdolności do pracy.

7. Szereg danych wskazuje na to, że zrozumienie i docenianie roli przemysłowej służby zdrowia w socjalistycznej Polsce jest ciągle jeszcze niedostateczne. Przyczyna leży być może w tym, że nie dość mocno podkreśla się korzyści płynące dla gospodarki państwowej z istnienia dobrze pracującej służby zdrowia (*Burger*, *Burhop*, *Natvig*, *Stych* i in., *Sokołowska*, *Thompson*).

Należy więc prowadzić dalsze badania nad analizą skutków ekonomicznych realizowanego w zakładach przemysłowych programu opieki zdrowotnej.

PIŚMIENNICTWO

1. *Burger G. C. E.*: Industrial Health Service in large Plants. Bull. Wld. Hlth. Org., 13, 1955. — 2. *Burhop W. H.*: Occupational Health: Our Mutual Problem. AMA Arch. of Ind. Hlth, 17, 5, 1958. — 3. *Davis K.*: The fundamentals of industrial medicine. Ind. Med. Surg., 2, 1957. — 4. *Fletcher A.*: A new Era in Industrial Health. AMA Arch. of Ind. Hlth, 17, 5, 1958. — 5. *Forssman S.*: L'absentéisme dans l'industrie: Bull. Wld. Hlth Org., 13, 1955. — 6. *Fortuin G.*: Sickness absenteeism. Bull. Wld Hlth Org, 13, 1955. — 7. *Miller S. E.*: Organisation of health care in small plants in the USA. Bull. Wld. Hlth Org, 13, 1955. — 8. *Natvig N.*: National industrial health service on a voluntary basis. Bull. Wld. Hlth Org, 13, 1955. — 9. *Nofer J.*: Zagadnienie absencji chorobowej w przemyśle. Med. Pracy, 5, 1957. — 10. *Sokołowska M.*: Organizacja przemysłowej służby zdrowia w Polsce. Med. Pracy, 5, 1958 i 1, 1959.
11. *Stych Z.*, *Palec R.*, *Krejcir J.*, *Stepan J.*: Stan opieki lekarsko-sanitarnej nad robotnikami w różnych krajach świata. Med. Pracy, 3, 1959. — 12. *Thompson D. M.*: How much companies pay for medical service. Ind. Med. Surg., 7, 1956.

