Zakład Badawczy

Związku
Spółdzielni
Inwalidów

MATERIAŁY I KRAJOWEJ KONFERENCJI LEKARZY SPÓŁDZIELCZOŚCI INWALIDZKIEJ

Zakład
Wydawnictw CRS
Warszawa 1962

ERRATA

do pozycji: *Materiały I Krajowej Konferencji Lekarzy Spółdzielczości Inwalidzkiej*

Str.	Wiersz		Jest	Powinno być
	od góry	od dołu		
5	14	–	społeczne oraz	społeczne – oraz
131	7	–	Komisji Planowania	Komisją Planowania
131	–	14	Dążąc do tej	Dążąc do niwelo- wania tej
132	10	–	wykonania którego	wykonania których
133	–	4	od 7 do 8	od 7 do 9

24218 KPiP

1124218

1124218

Zakład
Badawczy
Związku Spółdzielni Inwalidów

Materiały I Krajowej Konferencji Lekarzy Spółdzielczości Inwalidzkiej

Warszawa,
23—25 listopada 1961 r.

Do użytku wewnętrznego

Warszawa • Zakład Wydawnictw CRS • 1962

Opracowanie:
TADEUSZ
PARADYSTAL

24218

Redaktor
Danuta Mieszkowska

Redaktor techniczny
Zygmunt Górka

Korektor
Alicja Jankowska

Na zlecenie
Zakładu Badawczego
Związku Spółdzielni
Inwalidów

ZAKŁAD WYDAWNICTW CRS — WARSZAWA 1962

Nakład 900 + 204. Ark. wyd. 9,2. Ark. druk. 8,5. Papier druk. sat. kl. V 70 g A1. Oddano do składu 3. IV. 62. Podpisano do druku w lipcu. Druk ukończono w lipcu.

ZW CRS — Drukarnia w Inowrocławiu. Zam. nr 984.
H-69

SPIS TREŚCI

Wstęp 5

Program konferencji 7

Przemówienie powitalne — A. Futro, Prezes Zarządu ZSI . . . 9

REFERATY PROGRAMOWE:

— J. Kochanowski: *Ocena wykonania kompleksowego planu zawodowej rehabilitacji inwalidów i zadania na rok 1962* . . 13

— A. Wiese: *Dotychczasowe doświadczenia w pracy lekarza spółdzielni inwalidów* 29

— T. Paradystal: *Rola lekarza spółdzielni w doborze pracy dla inwalidów* 37

— Z. Chabin: *Doświadczenia Poradni Rehabilitacji Zawodowej przy OZSI w Łodzi w doborze pracy dla inwalidów* . . . 49

— A. Nauman: *Zakres opieki lekarskiej nad chorymi i ozdrowieńcami po gruźlicy w spółdzielczości inwalidzkiej* . . . 62

— M. Damasiewicz: *Opieka lekarska nad chorymi i ozdrowieńcami po gruźlicy w Spółdzielni Inwalidów „Odrodzeni" w Krakowie* 67

— J. Woszczek: *Analiza, ewidencja i sposoby prowadzenia dokumentacji absencji chorobowej w spółdzielniach inwalidów* . 76

— J. Dietrych-Kowalska: *Dotychczasowe doświadczenia w zakresie opieki psychologicznej w specjalnym zakładzie pracy chronionej dla psychicznie chorych* 86

— L. Strzoda: *Procesy zmęczenia i fizjologiczne podstawy wypoczynku inwalidów pracujących w spółdzielniach* 92

— A. Kabsch: *Organizacja czynnego wypoczynku w czasie pracy i po pracy w spółdzielniach inwalidów* 99

DYSKUSJA NAD REFERATAMI I WNIOSKAMI KOMISJI

Dobór pracy 108
Zatrudnienie inwalidów I i II grupy 110
Praca lekarza spółdzielni inwalidów 112
Absencja chorobowa 113
Leczenie sanatoryjne 116
Sport inwalidów 117
Czynny wypoczynek 117
Kierowanie inwalidów do pracy 119
System rentowy 119
Zatrudnienie chorych psychicznie 121
Zakład Badawczy ZSI 125

WNIOSKI 128

Podsumowanie obrad konferencji — J. Kochanowski . . . 131

WSTĘP

Niniejszy zbiór materiałów I Krajowej Konferencji Lekarzy Spółdzielczości Inwalidzkiej został opracowany na podstawie stenogramu obrad i zawiera pełny tekst wygłoszonych referatów — z niewielkimi skrótami podyktowanymi względami redakcyjnymi — oraz streszczenie dyskusji.

Konferencja była pierwszym tego rodzaju spotkaniem lekarzy zatrudnionych w spółdzielniach inwalidów i terenowych związkach spółdzielni. Poza lekarzami spółdzielczości inwalidzkiej w obradach wzięli udział zaproszeni goście reprezentujący zainteresowane resorty i władze terenowe — Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wydziały zdrowia i opieki społecznej rad narodowych, placówki służby zdrowia, inwalidzkie organizacje społeczne oraz prezesi zarządów wojewódzkich i okręgowych związków spółdzielni inwalidów.

Trudno jest już teraz oceniać wyniki konferencji, można jednak z całą pewnością stwierdzić, że była ona ważnym i celowym wydarzeniem w życiu spółdzielczości inwalidzkiej. Żywy udział lekarzy tak w przygotowaniu referatów programowych, jak i w dyskusji świadczy niezbicie o tym, że idea rehabilitacji zawodowej przeniknęła do środowiska lekarskiego i trafiła w nim na podatny grunt.

W swoich wypowiedziach lekarze dali dowód dobrego zorientowania zarówno w potrzebach i wymogach rehabilitacji zawodowej, jak i w możliwościach, jakie przed tą dziedziną problematyki socjalnej stwarza współpraca z działaczami gospodarczymi spółdzielczości inwalidzkiej.

W codziennej praktyce lekarskiej istnieje jeszcze często wyraźny rozdźwięk pomiędzy lekarzem leczącym chorego a niektórymi zakładami pracy, które go zatrudniają. Podczas gdy wysiłki lekarza zmierzają do ratowania i ochrony zdrowia chorego, większość zakładów pracy kieruje się przede wszystkim względami ekonomicznymi. Zdarza się, że ludzie chorzy i słabi eliminowani są prędzej czy później z pracy, pomimo, a często również wbrew przepisom, chroniącym pracownika przed tego rodzaju postępowaniem.

Sprzeczności te zacierają się i niwelują w stosunkach pomiędzy lekarzami a spółdzielczymi zakładami pracy dla inwalidów. Zarówno lekarze, jak i działacze samorządowo-gospodarczy spółdzielczości inwalidzkiej stawiają sobie te same cele i szukają sposobów ich realizacji we współpracy i godzeniu pozornie sprzecznych zadań w zakresie spraw socjalnych i osiągnięć ekonomicznych.

Zrozumienie tych wspólnych celów i zadań wykazał wyraźnie przebieg konferencji, i to właśnie można uznać za jej największe osiągnięcie. W wypowiedziach lekarzy można było dostrzec tendencję do szukania rozwiązań realnych, opartych na konkretnej sytuacji ekonomicznej i praktycznych możliwościach spółdzielni. Wysuwane postulaty nie były zawieszone w próżni, ale były uzasadnione rzeczywistymi interesami zarówno poszczególnych inwalidów, jak i spółdzielni jako placówek gospodarczych.

Również działacze spółdzielczy, zabierając głos w dyskusji, wybiegali daleko poza wąskie ramy trudności ekonomiczno-organizacyjnych, wychodząc na spotkanie przedstawicielom służby zdrowia, a często wysuwając postulaty i żądania w sposób jeszcze bardziej zdecydowany niż lekarze.

Materiały, które oddajemy Czytelnikom, zawierają wiele bardzo ciekawych myśli, spostrzeżeń i wniosków. Ich realizacją zajmą się odpowiednie komórki ZSI i Zakład Badawczy ZSI w Warszawie. Byłoby jednak bardzo pożądane, aby dyskusja rozpoczęta na konferencji była kontynuowana w środowisku lekarzy i działaczy spółdzielczych i aby to zrozumienie potrzeby konstruktywnej współpracy znalazło wyraz w działalności spółdzielni i związków terenowych.

PROGRAM I KRAJOWEJ KONFERENCJI LEKARZY SPÓŁDZIELCZOŚCI INWALIDZKIEJ

PIERWSZY DZIEŃ OBRAD, czwartek 23 listopada 1961 r.

Otwarcie konferencji i przemówienie powitalne —
ALEKSANDER FUTRO, Prezes Zarządu ZSI

Referaty:

1. *Ocena wykonania kompleksowego planu rehabilitacji zawodowej inwalidów i zadania na rok 1962* —
JAN KOCHANOWSKI, zastępca Prezesa Zarządu ZSI

2. *Dotychczasowe doświadczenia w pracy lekarza spółdzielni inwalidów* —
ALEKSANDRA WIESE, lekarz

3. *Rola lekarza spółdzielni w doborze pracy dla inwalidów* —
TADEUSZ FARADYSTAL, lekarz

4. *Doświadczenia Poradni Rehabilitacji Zawodowej przy OZSI w Łodzi w doborze pracy dla inwalidów* —
ZYGMUNT CHABIN, lekarz

Dyskusja

DRUGI DZIEŃ OBRAD, piątek 24 listopada 1961 r.

Referaty:

1. *Zakres opieki lekarskiej nad chorymi i ozdrowieńcami po gruźlicy w spółdzielczości inwalidzkiej* —
Doc. dr ALEKSANDER NAUMAN

2. *Opieka lekarska nad chorymi i ozdrowieńcami po gruźlicy w Spółdzielni Inwalidów „Odrodzeni" w Krakowie* —
MARIA DAMASIEWICZ, lekarz

3. *Analiza, ewidencja i sposoby prowadzenia dokumentacji absencji chorobowej w spółdzielniach inwalidów* —
JÓZEF WOSZCZEK, lekarz

4. *Dotychczasowe doświadczenia w zakresie opieki psychologicznej w specjalnym zakładzie pracy chronionej dla psychicznie chorych* —
Mgr JAWNA DIETRYCH-KOWALSKA

Dyskusja

TRZECI DZIEŃ OBRAD, sobota 25 listopada 1961 r.

Referaty:

1. *Procesy zmęczenia i fizjologiczne podstawy wypoczynku inwalidów pracujących w spółdzielniach* —
LUCJAN STRZODA, lekarz

2. *Organizacja czynnego wypoczynku w czasie pracy i po pracy w spółdzielniach inwalidów* —
ALEKSANDER KABSCH, lekarz

Dyskusja

ODCZYTANIE WNIOSKÓW I DYSKUSJA NAD WNIOSKAMI. PODSUMOWANIE DYSKUSJI I ZAKOŃCZENIE KONFERENCJI.

ALEKSANDER FUTRO
Prezes Zarządu ZSI

PRZEMÓWIENIE POWITALNE

Drodzy Towarzysze i Koledzy! Szanowni Goście, Panie i Panowie!

Zagadnienie rehabilitacji inwalidów rozpatrywane jest obecnie w wielu krajach, podobnie jak i u nas, jako kompleks funkcji mających na celu niesienie pomocy ludziom poszkodowanym i niezdolnym do pracy na skutek kalectwa lub przewlekłej choroby.

Kompleksowość działania w dziedzinie rehabilitacji skupia w sobie elementy różnych dyscyplin naukowych: medycyny, psychologii, socjologii, techniki, pedagogiki i ekonomii.

Praktyka wykazuje, że trudno jest wyobrazić sobie pełną i skuteczną realizację tego działania, bez uwzględnienia osiągnięć wszystkich tych dyscyplin naukowych. Zgodnie z tym widzimy potrzebę wnikliwszej i bardziej szczegółowej oceny naszej działalności z punktu widzenia kompleksowości i problematyki związanej z rehabilitacją inwalidów. Widzimy również potrzebę coraz szerszego łączenia zagadnień rehabilitacji leczniczej i zawodowej.

W działalności całej spółdzielczości inwalidzkiej zachodzą poważne zmiany w sposobie rozwiązywania wielu problemów związanych z zatrudnianiem inwalidów. Mam na myśli opiekę lekarską, opartą na działalności lekarza przemysłowego w naszych spółdzielniach, opiekę socjalną, zapewnienie bezpieczeństwa i higieny pracy, szkolenie i rozwiązywanie wielu, wielu innych elementów złożonego procesu rehabilitacji inwalidy.

Tylko planowe i kompleksowe działanie pozwoli uzyskać stabilizację procesu chorobowego u zatrudnionych, zapewni im właściwe samopoczucie w pracy, tak aby stali się znów pożytecznymi członkami społeczeństwa, aby potrafili pomimo swego kalectwa związać się ze społeczeństwem i własną rodziną.

Dlatego też nie jest sprawą przypadku, że w dniu dzisiejszym na tej sali spotkali się działacze spółdzielczości inwalidzkiej różnych szczebli organizacyjnych, że obok działaczy, ramię w ramię, zasiedli lekarze, którzy mają być w naszych spółdzielniach sumieniem w zakresie rehabilitacji zawodowej.

Dzisiaj, kiedy spotkaliśmy się w tak szerokim gronie, możemy sobie powiedzieć, że założenia, przyjęte trzy lata temu na pierwszej naradzie inspektorów lekarskich spółdzielczości inwalidzkiej w Bukowinie Tatrzańskiej zdały egzamin w praktyce.

Obecni na tej sali lekarze, którzy spotkali się na przełomie roku 1958/59, mogą stwierdzić, że dziś już liczba lekarzy zatrudnionych w naszych spółdzielniach wzrosła do ponad 200 osób, czyli większość spółdzielni posiada stałą służbę lekarską. Jest to duży krok naprzód, który dowodzi, że zagadnienie rehabilitacji zawodowej potraktowane jest przez nas w sposób prawidłowy i poważny. Związek Spółdzielni Inwalidów konsekwentnie wprowadza kompleksową problematykę do swej działalności rehabilitacyjnej, jak: badanie nowo przyjmowanych inwalidów i okresowe badania kontrolne wszystkich zatrudnionych w spółdzielniach, organizowanie zakładów pracy chronionej, realizowanie w szerokim zakresie planu akcji socjalnej. W ramach tego planu budujemy domy wypoczynkowe, sanatoria, które staramy się wyposażyć w najnowsze urządzenia terapeutyczne. Przechodzimy do organizowania czynnego wypoczynku dla zatrudnionych inwalidów zarówno w czasie, jak i po pracy oraz w okresie urlopu.

Obecnie spółdzielczość inwalidzka wchodzi coraz mocniej na właściwe dla niej miejsce w państwowym programie rehabilitacji. Stała się ona inicjatorem i współorganizatorem wielu pożytecznych i celowych akcji, jak powołanie do życia własnego zakładu badawczego, w którym bieżące problemy rehabilitacji mogą być opracowywane zespołowo przy współpracy psychologów, lekarzy, ekonomistów, socjologów i aparatu inżynieryjno-technicznego.

Powołaliśmy w bieżącym roku własne przedsiębiorstwo sprzętu rehabilitacyjnego, którego zadaniem jest produkowanie tych urządzeń, których w normalnych warunkach spółdzielnia nie jest w stanie dostarczyć dla właściwego oprzyrządowania inwalidy na stanowisku roboczym. Oparliśmy rehabilitację zawodową inwalidów o kompleksowy plan rehabilitacji zawodowej.

O stanie realizacji kompleksowych planów zawodowej rehabilitacji będzie mówił w swoim referacie prezes Kochanowski.

Osiągnięcia, jakie na dzień dzisiejszy spółdzielczość inwalidzka zarejestrowała, uważamy za niedostateczne w świetle tego wszystkiego, co dzieje się obok nas w Polsce i na świecie.

Uważamy, że połączenie rehabilitacji zawodowej z rachunkiem ekonomicznego działania spółdzielni jako przedsiębiorstwa wymaga coraz to nowszych, bardziej nowoczesnych środków działania i musi być oparte na coraz lepiej pomyślanym systemie działania. Dlatego uważaliśmy za celowe, ażeby lekarze i prezesi

spółdzielni spotkali się i w ciągu 3 dni omówili te wszystkie zagadnienia. Chcemy na tej konferencji omówić zadania lekarzy w naszych spółdzielniach i związkach. Wyrażamy przekonanie, że suma doświadczeń, jakie Koledzy już zdobyli w spółdzielniach inwalidów, pozwoli nam lepiej skonkretyzować planowanie zadań i metod w zakresie kompleksowej rehabilitacji inwalidów na 1962 r.

Chcielibyśmy przejść w rehabilitacji od przypadkowego działania do wypracowanego w sposób metodyczny działania fachowego, planowego i w miarę możności naukowego.

Cieszy nas, że na dzisiejszą konferencję, oprócz działaczy spółdzielczości inwalidzkiej i lekarzy spółdzielni, przybyli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz wydziałów zdrowia prezydiów rad narodowych, przedstawiciele bratnich organizacji spółdzielczych, jak również przedstawiciele Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

W tym zespole ludzi zainteresowanych rozwojem rehabilitacji zawodowej potrafimy z pewnością uzyskać to, czego oczekujemy. Dlatego witamy serdecznie wszystkich przedstawicieli wymienionych instytucji, witamy serdecznie Kolegów i działaczy naszego związku, a przede wszystkim witamy serdecznie lekarzy zatrudnionych w spółdzielniach inwalidów.

Program naszej konferencji jest bardzo bogaty. Myślę, że wszyscy obecni z programem tym już się zapoznali i nie ma potrzeby go odczytywać. Wkład, który wniosą referenci, jak i wkład myśli, które zostaną wyrażone w dyskusji, pozwolą komisjom wnioskowym na podsumowanie dorobku konferencji, a Związkowi na wprowadzenie go w życie.

Rzeczą bardzo istotną jest, aby trudne zadanie, jakie nakreślono, zadanie pionierskie, można było coraz lepiej realizować. Zasługą naszej organizacji jest nie tylko to, że zatrudniamy ponad 70 tys. inwalidów, którym stworzyliśmy warsztaty pracy, ale również niewątpliwym osiągnięciem jest fakt, że w sposób uporczywy, od przeszło 10 lat, staramy się, aby zagadnienie rehabilitacji zawodowej inwalidów w warunkach naszej gospodarki socjalistycznej zajęło czołowe miejsce, na jakie ten problem zasługuje.

Uważamy, że wkład spółdzielczości inwalidzkiej w humanizację społeczeństwa socjalistycznego jest właśnie jakimś wkładem pionierskim i sprawą, o którą warto się pokusić, aby coraz skuteczniej pomagać tym, których los dotknął i którzy wymagają naszej przemyślanej pomocy.

Przedstawiony porządek obrad proponuję przyjąć, z tym że jeśli zajdzie potrzeba, można będzie go zmienić w toku konferen-

cji. Konferencję naszą przez okres trzech dni z ramienia Zarządu ZSI będzie prowadził prezes Kochanowski. Przed oddaniem głosu prezesowi Kochanowskiemu proponuję powołanie komisji wnioskowych. Proponuję, aby powołać dwie komisje: do spraw merytorycznych i organizacyjnych, ze względu na bardzo szeroki zakres zagadnień.

Uważam konferencję za otwartą.

REFERATY PROGRAMOWE

JAN KOCHANOWSKI
Zastępca Prezesa Zarządu ZSI

OCENA WYKONANIA KOMPLEKSOWEGO PLANU REHABILITACJI ZAWODOWEJ INWALIDÓW I ZADANIA NA ROK 1962

Na wstępie warto przypomnieć, że kompleksowe plany zawodowej rehabilitacji inwalidów były po raz pierwszy przedmiotem oceny kierownictwa Związku Spółdzielni Inwalidów na krajowej naradzie prezesów i inspektorów lekarskich terenowych związków w październiku 1960 r.

Po raz drugi dokonaliśmy analizy pracy spółdzielni i związków w dniach 9—11 lutego 1961 r. na naradzie aktywu samorządowego i gospodarczego spółdzielczości inwalidzkiej w Spale z udziałem przewodniczących rad i prezesów zarządów terenowych związków. Narada ta wytyczyła zadania rehabilitacji zawodowej inwalidów w spółdzielniach na rok bieżący. Materiały z tej narady, ujęte w specjalnym wydawnictwie, zostały udostępnione wszystkim związkom i spółdzielniom.

Po raz trzeci terenowe związki przeanalizowały przebieg wykonania kompleksowych planów zawodowej rehabilitacji inwalidów za I półrocze 1961 r. w połowie III kwartału 1961, na naradach prezesów, zarządów i lekarzy spółdzielni. Wiele związków podjęło w wyniku tej oceny konkretne uchwały, zmierzające do zabezpieczenia wykonania zadań planowych i poprawy podstawowych wskaźników w II półroczu 1961 r.

I znowu podejmując decyzję o zwołaniu konferencji lekarzy spółdzielni i inspektorów lekarskich terenowych związków, przy udziale prezesów zarządów, Zarząd Związku stawia ten problem do przeanalizowania i przedyskutowania.

Dlaczego temat ten wchodzi na stałe do programów pracy naszego aktywu gospodarczego, samorządowego i lekarskiego?

W jakim celu omawiamy i oceniamy kompleksowe plany coraz częściej w spółdzielniach i związkach.

Dzieje się tak, ponieważ problematyka społeczna spółdzielczości inwalidzkiej wysuwa się coraz wyraźniej na czołowe miejsce w naszej pracy. Podstawowym problemom zawodowej rehabilitacji inwalidów podporządkowujemy stopniowo zagadnienia techniczno-ekonomiczne. Odzwierciedlenie tego znajdujemy w tezach na V Zjazd Delegatów ZSI, które przez zebrania środowiskowe delegatów zostały przyjęte i wzbogacone.

Panadto musimy nagiąć psychikę części naszych doświadczonych działaczy samorządowych i gospodarczych do tego, by zadania w zakresie zawodowej rehabilitacji inwalidów stawiali w swojej pracy na pierwszym miejscu. Jest to proces trudny, długotrwały, ale w ostatecznym rachunku niezbędny, zarówno ze społecznego, jak i ekonomicznego punktu widzenia, dla wykonania podstawowych zadań naszego ruchu.

Uważamy także — i na to należałoby w tym gronie położyć nacisk — że czynnikiem współkierującym procesami zawodowej rehabilitacji inwalidów powinna stać się służba lekarska spółdzielni i związków.

Możemy sobie tutaj powiedzieć, że wykształcił się w naszych spółdzielniach typ działacza czy pracownika, który dobrze opanował zdolność realnego planowania w zakresie techniczno-ekonomicznym.

Będziemy dążyć do tego, aby w spółdzielniach i związkach wykształcić zespoły, które opanują umiejętność kompleksowego planowania zawodowej rehabilitacji inwalidów. W tych zespołach, do których wejść powinni kierownicy techniczni, kierownicy zakładów, technicy bhp, społeczni inspektorzy pracy i pracownicy socjalni, współkierującą rolę przyznajemy lekarzom, których funkcje i znaczenie będą stale wzrastać.

W opracowywanych wytycznych do struktur organizacyjnych spółdzielni na rok 1962 uwzględniamy stworzenie pionu rehabilitacji zawodowej pod kierownictwem członka zarządu spółdzielni.

ZATRUDNIENIE INWALIDÓW

W latach 1959—1961 nastąpił istotny wzrost liczby inwalidów zatrudnionych w spółdzielniach.

W roku 1959 zatrudnialiśmy 48 606 inwalidów, w roku 1961 ponad 70 000, a zatem nastąpił wzrost zatrudnienia o około 22 000 inwalidów.

Mimo zmniejszenia się procentu inwalidów w ogólnym zatrudnieniu (na co złożyło się wiele przyczyn), nastąpił wyraźny wzrost zatrudnienia ciężko poszkodowanych inwalidów. A oto kilka wskaźników wzrostu zatrudnienia poszczególnych grup inwalidów w stosunku do 1959 r.

Zatrudnieni inwalidzi	Procent wzrostu
Niewidomi	91
Ozdrowieńcy po gruźlicy	55
Inwalidzi z uszkodzeniami kończyn górnych	65
Inwalidzi z uszkodzeniami kończyn dolnych	48
Głuchoniemi	43,6
Reumatycy	15
Osoby w wieku emerytalnym	97
Pozostali inwalidzi	21

Inwalidów cierpiących na inne schorzenia, wg stanu na dzień 30. VI. 1961 r., zatrudnialiśmy:

Schorzenie	Liczba inwalidów
Przewodu pokarmowego	2 031
Układu krążenia	4 426
Neurologiczne	1 516
Psychiczne	698

Należy w związku z tym zaznaczyć, że dane statystyczne tych 4 grup schorzeń zebraliśmy dopiero w 1960 r. Jeszcze wyraźniejszy obraz zatrudnienia ciężko poszkodowanych inwalidów wynika z danych o zatrudnieniu wg grup komisji do spraw inwalidztwa i zatrudnienia (KIZ):

Grupa inwalidów	Liczba inwalidów
I	ponad 3 000
II	około 6 000
III	około 42 000
Osoby w wieku starczym i emerytalnym	12 000
Nie zweryfikowani przez KIZ	9 000

Przytoczone liczby wskazują na złożoność i specyfikę problemu pracy inwalidów w zakładach spółdzielni. Musi to, rzecz jasna, wpływać na rodzaj i zasięg profilaktyki, spoczywającej w naszych spółdzielniach w rękach służby lekarskiej. Jest zrozumiałe, że struktura zatrudnienia kształtuje się różnie w poszczególnych związkach i spółdzielniach. Bez dobrego rozeznania i rozsądnego

ustalania hierarchii potrzeb w zakresie opieki profilaktycznej nie może być w ogóle mowy o racjonalnej opiece rehabilitacyjnej nad inwalidami, z czego musi dokładnie zdać sobie sprawę służba lekarska naszych spółdzielni i związków.

Wskaźnik zatrudnienia inwalidów jest podstawowym wskaźnikiem kompleksowego planu. Zgodnie z wymaganiami statutowymi, wszystkie spółdzielnie przewidziały osiągnięcie w 1961 r. zatrudnienia 75% inwalidów w stosunku do ogółu zatrudnionych (z wyjątkiem spółdzielni ochrony mienia i tych spółdzielni przemysłowych, które uzyskały zgodę na okresowe utrzymanie obniżonego wskaźnika). Na podstawie danych skróconej sprawozdawczości wojewódzkich związków — statutowy wskaźnik osiągnęły i przekroczyły terenowe związki: białostocki, gdański, krakowski (bez miasta), szczeciński i wrocławski.

Należy przewidywać, że z końcem 1961 r. osiągną statutowe zatrudnienie: Łódź, woj. zielonogórskie oraz woj. koszalińskie.

Porównując stan obecny ze stanem na dzień 31. XII. 1960 r. zamiast 5 związków — statutowe zatrudnienie osiągnie 9 terenowych związków, co stanowi ponad połowę naszych związków.

Najniższe wskaźniki wykazują wg danych na dzień 31. X. 1961 r.: woj. warszawskie — 58,4; kieleckie — 59,1; miasto Poznań — 61,3; olsztyńskie — 63,2; katowickie — 64,1; bydgoskie — 63,4 i miasto Warszawa — 63,7. Jeśli dodamy do tego, że w województwie warszawskim, kieleckim oraz lubelskim 20—30% spółdzielni nie osiągnęło jeszcze 50% zatrudnienia inwalidów w stosunku do ogółu zatrudnionych — będziemy mieli obraz sytuacji — którą przedstawiamy do oceny i wyciągnięcia wniosków.

Prób wytłumaczenia tego stanu stałym odsiewem w wyniku weryfikacji nie można przyjąć dlatego, że skutki weryfikacji znamy już od 2 lat. Tendencjom spadkowym w zatrudnieniu inwalidów szereg spółdzielni i związków przeciwdziała skutecznymi środkami — między innymi współpracą z ośrodkami rehabilitacyjnymi, zatrudnianiem absolwentów zakładów szkolenia inwalidów, rencistów i osób w wieku starczym oraz — w dalszej kolejności — przez zwalnianie osób zdrowych i przez współpracę ze społecznymi organizacjami inwalidzkimi. Kształtowanie się wskaźników zatrudnienia inwalidów jest przedmiotem okresowej analizy, między innymi w takich związkach, jak: Zielona Góra, Katowice, Opole i Warszawa. Widoczna jest tam stopniowa poprawa wskaźników. Należy sądzić, że wiele związków nie przestrzega postanowień uchwały nr 550 Zarządu ZSI z 1959 r., szczególnie przepisu zakazującego przyjmowania nieinwalidów do spółdzielni, które nie osiągnęły statutowego zatrudnienia. Poza nielicznymi wyjątkami (Poznań, Katowice) nie wyciąga się z tego konsekwencji

w stosunku do zarządów spółdzielni. Należałoby tutaj wyjaśnić (chociaż wiem, że spotka się to ze sprzeciwem niektórych uczestników naszej konferencji), że nie możemy zwolnić lekarzy spółdzielni i związków od współodpowiedzialności za ten stan. Przeciwnie, w miarę stwarzania lekarzom spółdzielni lepszych warunków będziemy tę współodpowiedzialność zwiększać. Nie negując celowości dokonania ostrożnej korekty statutowych wymagań dotyczących liczby zatrudnionych inwalidów (75% stanu załogi), pragniemy sprawę postawić jasno i bez osłonek szczególnie w odniesieniu do spółdzielni ochrony mienia i niektórych branż przemysłowych.

W ciągu 1962 r. dokonamy analizy sytuacji we wszystkich spółdzielniach, w których wskaźnik zatrudnienia inwalidów kształtuje się poniżej 65%.

Przy opracowywaniu kompleksowego planu zawodowej rehabilitacji na rok 1962 trzeba dla tych spółdzielni ustalić takie zadania, które by gwarantowały szybszy wzrost zatrudnienia inwalidów. W tym kierunku idą również tezy zjazdowe, zmierzające do ustalenia nowych, odmiennych od dotychczas stosowanych zasad premiowania w spółdzielniach.

Warto przy tej okazji wskazać na jeden przykład z terenowego związku lubelskiego, który w odpowiedzi na propozycję zatrudnienia absolwentów zakładów szkolenia inwalidów informuje nas o przebiegu tej akcji w następujący sposób: „Spółdzielnie odmawiają przyjęcia absolwentów".

W tym związku notujemy ogólny wzrost zatrudnienia o 219 osób i jednoczesny spadek o 117 inwalidów w I półroczu. Natomiast nasze propozycje pomocy przez przyznanie środków na urządzenie izb gościnnych dla absolwentów skierowanych do niektórych spółdzielni pozostają bez echa, a część środków Funduszu Produktywizacji Inwalidów, która mogłaby być na ten cel przeznaczona i postawiona do dyspozycji terenowych związków, pozostaje nietknięta. Inicjatywa służby lekarskiej w tej dziedzinie jest jeszcze znikoma i to — między innymi — wymaga zdecydowanej poprawy. Próbowaliśmy rozmawiać z lekarzami na ten temat w I półroczu, ale bez widocznych skutków.

Analiza wskaźników zatrudnienia inwalidów według rodzajów działalności wskazuje jeszcze wyraźniej na niepokojące, duże odchylenia od normy statutowej. Na przykład — według stanu na 30. VI. 1961 r. — spółdzielnie województwa warszawskiego zatrudniały w działalności przemysłowej zaledwie 48,8% inwalidów, miasta Krakowa — 56,8% i województwa rzeszowskiego — 61% inwalidów. Podobna sytuacja jest w obrocie towarowym (województwo olsztyńskie — 45,1%, opolskie — 45,1%, katowickie — 57,6%, miasto Łódź — 61,2%).

Szczególnie widoczny jest brak należytej troski o zatrudnienie inwalidów w kioskach i sklepach. W związku ze stosunkowo niewielką liczbą osób zatrudnionych w handlu, próbowaliśmy przeanalizować, ile osób potrzeba, ażeby w działalności handlowej doprowadzić do statutowego zatrudnienia — okazuje się, że chodzi tu o liczbę rzędu 40—60 inwalidów w skali województwa.

Z analizy łącznego zatrudnienia w przemyśle i handlu wynika, że do osiągnięcia statutowej normy trzeba zwiększyć zatrudnienie średnio o około 220 inwalidów w każdej spółdzielni.

Czy jest to zadanie trudne? Z pewnością nie.

Wyraźny wpływ na poprawę wskaźników statutowego zatrudnienia wywiera planowa akcja organizowania specjalnych zakładów pracy chronionej dla ozdrowieńców po gruźlicy, psychicznie chorych, niewidomych i głuchoniemych. W kompleksowym planie na rok 1961 przewidziano uruchomienie 23 nowych zakładów oraz opracowanie pełnej dokumentacji dla 8 zakładów specjalnych, które uruchomione zostaną w roku 1962.

W maju na skutek trudności w uzyskaniu lokali przez spółdzielnię „Zawrat" w Zakopanem, „Świerczewskiego" w Kędzierzynie, Spółdzielni Inwalidów w Nowej Soli i w Żarach oraz Ośrodka Chałupniczego w Bydgoszczy, skorygowaliśmy plan, zmniejszając liczbę zakładów specjalnych do 18.

Z danych za trzy kwartały 1961 r. wynika, że uruchomiono w tym roku 6 specjalnych zakładów pracy chronionej dla ozdrowieńców po gruźlicy: w Olsztynie, Prabutach, Krakowie, Łodzi i Wrzeszczu — w trakcie organizowania jest jeszcze 5 zakładów tego typu: w Mońkach, Malborku, Oleśnie, Pułtusku i Lesznie.

Z 7 zaplanowanych specjalnych zakładów pracy chronionej dla psychicznie chorych uruchomiono 4: w Toruniu, Łodzi, Warszawie i Częstochowie. Pozostają jeszcze do uruchomienia w 1961 r. 3 zakłady: w Łodzi, Poznaniu i Krakowie.

KWALIFIKACYJNE I OKRESOWE BADANIA INWALIDÓW

Przy wytyczaniu kierunków pracy i zakresu czynności lekarza spółdzielni zawsze podkreślano decydujące znaczenie kwalifikacyjnych i okresowych badań inwalidów.

Badania te stanowić powinny zasadniczą kontrolę stanu zdrowia i przydatności do zawodu wykonywanego w danych warunkach środowiskowych, podstawę do orzekania o stanie zdrowia inwalidów przystępujących do pracy (w przypadku badania kwalifikacyjnego) oraz podstawę do wytyczenia dalszych kierunków akcji zapobiegawczych. Czeka nas zadanie paszportyzacji stanowisk pracy w spółdzielniach inwalidów, co pozwoli lekarzowi

skonfrontować wymagania stawiane przystępującym do pracy i pracującym inwalidom z ich rzeczywistymi możliwościami. Ten temat jest obecnie przedmiotem opracowań naszego Zakładu Badawczego. W 1962 roku wyniki tych prac zostaną udostępnione wszystkim zainteresowanym służbom, w tym i lekarzom spółdzielni.

Organizacja badań kwalifikacyjnych i okresowych inwalidów powinna być oparta — jak wykazuje praktyka zakładów leczniczo-zapobiegawczych w przemyśle — na ścisłej współpracy z technikami bhp spółdzielni i kierownikami zakładów.

Realizacja badań okresowych nie powinna kolidować z zadaniami produkcyjnymi spółdzielni, z drugiej zaś strony nie należy dopuszczać do zahamowania działalności profilaktycznej.

Według danych za I półrocze 1961 r. na zaplanowaną liczbę 86 052 badań okresowych zrealizowano 36 417, tj. 42,3% planu rocznego. Planowo w zasadzie przebiega akcja w województwach: koszalińskim, warszawskim, wrocławskim i zielonogórskim (od 50 do 80% planu badań), poniżej średniej kształtują się wskaźniki badań okresowych w spółdzielniach woj. białostockiego, bydgoskiego, krakowskiego (około 20%), lubelskiego — około 20%, poznańskiego — około 30% w stosunku do zaplanowanej ilości badań na rok 1961.

Wyższe i bardziej równomierne są wskaźniki wykonywania planu badań kwalifikacyjnych (wstępnych). Z ogólnej liczby planowanych na rok 1961 badań nowo przyjętych inwalidów — 12 013 w skali kraju — przeprowadzono 6 832 badania wstępne, co stanowi 56,9% w stosunku do zadań przewidzianych na rok 1961. Powyżej średniej kształtują się wskaźniki badań wstępnych w spółdzielniach woj. białostockiego, gdańskiego, katowickiego i zielonogórskiego, poniżej średniej w województwach: bydgoskim, kieleckim, koszalińskim, rzeszowskim i wrocławskim.

Nie dysponujemy, niestety, materiałami analitycznymi i danymi o środkach profilaktycznych, jakie przedsięwzięły spółdzielnie w wyniku badań okresowych, a o to nam głównie chodzi. Dlatego też z uwagą wysłuchamy w dyskusji wypowiedzi na ten temat.

ZAGADNIENIA BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY

Kiedy próbujemy w sposób wszechstronny ocenić przyczyny obniżenia się wskaźników zatrudnienia inwalidów zarówno w spółdzielniach, jak i w związkach — nasuwa się nieodparty wniosek, że jedną z przyczyn tego stanu są nieatrakcyjne warunki pracy inwalidów w wielu naszych zakładach. Nie będzie chyba przesa-

dą, jeśli stwierdzimy, że w spółdzielniach, które zrealizowały zamierzenia inwestycyjne w budownictwie przemysłowym i socjalnym, mamy stabilizację załóg inwalidzkich i wzrost zatrudnienia inwalidów — dotyczy to również tych zakładów ze starego budownictwa, gdzie kierownictwo, technik bhp i lekarz dbają o to, aby stworzyć warunki pracy co najmniej zbliżone do przeciętnych.

Jednym z mierników bezpieczeństwa pracy w naszych spółdzielniach jest liczba wypadków przy pracy. Tutaj również występują zjawiska niepokojące — a oto kilka danych liczbowych.

W I półroczu 1961 r. — 319 wypadków i 7 532 dni robocze stracone. W I półroczu 1961 r. — 475 wypadków i 10 928 dni roboczych straconych. Wskaźnik częstotliwości wypadków mierzony liczbą wypadków na 100 zatrudnionych w analizowanych okresach rośnie z 4,9 do 5,1. W I półroczu 1961 r. zanotowano 2 wypadki śmiertelne (zaczadzenie i oparzenie II i III stopnia), 116 wypadków ciężkich, 320 wypadków średnich, 37 wypadków lekkich. Taka jest wymowa liczb.

Uderzające są dane dotyczące bezpośrednich i pośrednich przyczyn wypadków w I półroczu 1961 r. Wynika z nich, że najwięcej przyczyn bezpośrednich stanowią mechanizmy (105) i upadki osób (93). Jeżeli chodzi o przyczyny pośrednie — to 117 wypadków wiąże się z wadliwymi metodami pracy, 44 wypadki z brakiem przeszkolenia, 39 z wadliwymi urządzeniami.

Największy wzrost wskaźnika wypadkowości mamy przy obsłudze maszyn i urządzeń technicznych — 22%, oraz przy ochronie obiektów przemysłowych (dozór mienia) — 20%.

Aczkolwiek ogólnie możemy stwierdzić rosnące zainteresowanie służby lekarskiej sprawami bhp oraz warunkami pracy inwalidów — to jednak dane, które przytoczono, świadczą o dużych zaniedbaniach w wielu spółdzielniach, nawet w tych, w których są zatrudnieni lekarze. Zachowując często postawę bierną w stosunku do swoich zaleceń i — jak to się mówi coraz głośniej — nie chcąc wchodzić w konflikt z władzami spółdzielni, niektórzy lekarze tolerując ten stan, biorą na siebie dużą odpowiedzialność za zdrowie i życie ludzi i tak doświadczonych przez los. Pozwalam sobie z całą szczerością powiedzieć o tym na naszym spotkaniu.

Kiedy w październiku 1960 r. ocenialiśmy z działaczami związków i inspektorami lekarskimi pracę lekarzy, wskazywaliśmy, że lekarz musi przewidzieć w planie swojej pracy co najmniej raz w miesiącu wizytację każdego zakładu, wspólnie z technikiem bhp i społecznym inspektorem pracy oraz dopilnować wykonania przez zarząd zaleceń, które opracowano w czasie kontroli. Niestety, nie jest to jeszcze stale praktykowane.

Na zaplanowaną w tym roku sumę nakładów na bhp w skali związku, wynoszącą 45 057 tys. zł, wydatkowano w I półroczu

1961 r. 19 574 tys. zł, co stanowi prawie dwukrotnie większą sumę niż w I półroczu ubiegłego roku i 43,4% w stosunku do planu rocznego.

Najwyższy wskaźnik wykonania nakładów notujemy w I półroczu w związku: rzeszowskim — 61,9; poznańskim — 58,1; gdańskim — 61,1; białostockim — 64,8.

Poniżej średniej kształtowały się wskaźniki wykonania nakładów w woj.: opolskim — 30,1; łódzkim — 35,8; lubelskim — 35,9; koszalińskim — 37,1.

Problematyka bezpieczeństwa i higieny pracy nie ogranicza się do zagadnień wypadkowości. Jest to zespół spraw składających się na warunki pracy nie tylko bezpieczne, ale zdrowe i fizjologiczne.

Mamy w tej dziedzinie kolosalne zaniedbania. Z pewnością dostarczenie dobrych narzędzi, zapewnienie właściwego oświetlenia, wentylacji, czystości i estetyki pomieszczeń, przyjemnej dla oka i wygodnej odzieży ochronnej, mydła, szczotki i ręcznika — leży w możliwościach każdej spółdzielni i każdego zakładu pracy i nie wymaga wielkich nakładów finansowych.

Zarząd naszego związku dokonał w końcu października 1961 r. oceny stanu bhp w spółdzielniach i podjął uchwałę w tym przedmiocie. Pragniemy zaapelować do wszystkich lekarzy spółdzielni i związków o współdziałanie w realizacji tej uchwały.

OPIEKA SOCJALNA

Problematyka opieki socjalnej i jej rola w rehabilitacji inwalidów były, jak wiadomo, przedmiotem międzynarodowego sympozjonu, który odbył się w Warszawie we wrześniu 1961 r., z inicjatywy i przy aktywnym udziale spółdzielczości inwalidzkiej. Niektóre z tych zagadnień zostały omówione w specjalnym numerze Biuletynu Zakładu Badawczego, który doręczyliśmy Wam przed rozpoczęciem konferencji. Wszystkie referaty programowe sesji udostępniliśmy wojewódzkim związkom, które mogą je przekazać interesującym się tą sprawą lekarzom. Pełne materiały z sympozjonu zostaną wydane przez Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich w I połowie 1962 r.

Kompleksowy plan zawodowej rehabilitacji przewidywał w tym roku skierowanie na leczenie sanatoryjne ogółem około 3 000 osób; plan ten wykonano zaledwie w 1/3. Na wczasy skierowano 5 205 osób — co stanowi około 50% planu. Przyjmując, że największe nasilenie skierowań na wczasy i leczenie sanatoryjne przypada na lipiec, sierpień i wrzesień, którego to okresu nie objęto oceną, należy wskaźnik ten ocenić raczej pozytywnie.

Bardzo słabo przebiegała akcja wczasów w woj. białostockim — na 175 skierowań wykorzystano do końca czerwca 19, w kieleckim 42 na 142, w koszalińskim 20 na 94, w opolskim — 37 na 115, w zielonogórskim 21 na 68.

Znacznie gorzej przedstawia się sprawa leczenia sanatoryjnego, które powinno być przedmiotem szczególnego zainteresowania ze strony służby lekarskiej. Spółdzielnie woj. bydgoskiego na zaplanowanych 216 skierowań wykorzystały zaledwie 34, woj. koszalińskiego na 68 — 7, woj. olsztyńskiego na 63 — 18, woj. opolskiego na 102 — 29, co stanowi zaledwie od 15 do 25% planu rocznego.

Przyjmując, że jesteśmy już obecnie w stanie zaspokoić prawie całkowicie zapotrzebowanie inwalidów na skierowania sanatoryjne — wyrazić należy przekonanie, że służba lekarska spółdzielni i związków ożywi swą pracę w tej dziedzinie, aby określone w planie potrzeby zostały możliwie najpełniej wykorzystane. Chodzi o realne, oparte na konkretnym rozpoznaniu potrzeb plany, których wnioskodawcami powinni być lekarze spółdzielni, oraz systematyczną kontrolę realizacji tych zamierzeń. Miarą naszych wysiłków, a raczej możliwości finansowych różnych form opieki socjalnej nad inwalidami i ich rodzinami, jest planowana w bieżącym roku wielkość nakładów na akcję socjalną, które wynoszą 78 851 zł. W I półroczu 1961 r. bez atrakcyjnych miesięcy (lipca, sierpnia i września) wydatkowano 33 245 zł, czyli 42,2%, co oceniamy pozytywnie.

Niżej średniej uplasowały się województwa: zielonogórskie, poznańskie i opolskie. Należy sądzić, że w II półroczu 1961 r. zostały nadrobione niedobory I półrocza w spółdzielniach zrzeszonych w tych związkach.

DOSTOSOWANIE STANOWISK PRACY

Odpowiednie przygotowanie stanowisk pracy dla inwalidów ma na celu:

— poprawę warunków pracy i nową organizację pracy inwalidów, co wiąże się z uruchamianiem nowych inwestycji i jest sprawą stosunkowo łatwą,

— indywidualne dostosowywanie stanowisk pracy do kalectwa inwalidów, co stanowi zagadnienie trudniejsze.

W roku 1961 stawiamy na tym odcinku pierwsze, ale zdecydowane kroki. Mówią o tym niektóre dane z I półrocza. Widoczny postęp w tej dziedzinie nastąpił w województwie białostockim, gdzie na 110 zaplanowanych stanowisk pracy dostosowano dla inwalidów 107 miejsc, w poznańskim na 286 stanowisk — 125,

w mieście Warszawie na 303 — 111 stanowisk i w mieście Wrocławiu na 360 — 168 stanowisk.

Słabo przebiega jeszcze praca w tym zakresie w następujących województwach: w bydgoskim na 144 zaledwie 11 dostosowanych stanowisk, katowickim na 467 — 31 stanowisk, łódzkim na 257 — 40 stanowisk i olsztyńskim na 52 tylko 6 stanowisk. Do liczb planowanych oraz podanych przez związki jako wykonanie planu za I półrocze 1961 r. mamy jednak poważne zastrzeżenia. Całkowicie niedostateczną inicjatywę w tej dziedzinie przejawiają związki w Rzeszowie, Opolu i woj. warszawskim.

Co zrobiliśmy, aby popchnąć sprawę naprzód?

1. Zorganizowaliśmy narady instruktażowe w Przedsiębiorstwie Sprzętu Rehabilitacyjnego, w których uczestniczyło ogółem ponad 120 lekarzy i 180 kierowników technicznych spółdzielni i 11 terenowych związków. W I kwartale 1962 r. zamierzamy przeprowadzić narady w pozostałych związkach.
2. Wydaliśmy kilkanaście kart katalogowych popularnego sprzętu rehabilitacyjnego i rozesłaliśmy je do wszystkich spółdzielni. W najbliższym czasie wydamy dalsze 18 kart.
3. Wysłaliśmy gotowy sprzęt (krzesła specjalne i stoliki) do spółdzielni na sumę ponad 400 tys. zł. Zamówienia spółdzielni w Przedsiębiorstwie Sprzętu Rehabilitacyjnego sięgają już sumy ponad 600 tys. zł. Przewiduje się, że do końca 1961 r. produkcja przedsiębiorstwa osiągnie wartość ponad 1,5 miliona złotych.

To wszystko należy traktować jako pierwszy krok do wprowadzenia w spółdzielniach inwalidów sprzętu usprawniającego pracę, co przebiega nie bez oporów, potknięć i błędów. Tłumaczymy to głównie brakiem doświadczenia i niedostatecznym jeszcze zrozumieniem dla tych spraw, jak również wysoce jeszcze niezadowalającą pracą Przedsiębiorstwa Sprzętu Rehabilitacyjnego.

Nie można jednak sprawy dostosowania stanowisk pracy opierać wyłącznie na dostawach specjalnego sprzętu rehabilitacyjnego. W wielu przypadkach dostosowanie to polega głównie na zmianie pozycji stojącej przy pracy na pozycję siedzącą, bez potrzeby uciekania się do specjalnych rozwiązań konstrukcyjnych. Potrzebne jest tu tylko zwrócenie uwagi kierownictwa spółdzielni na to zagadnienie. Z pewnością przy bardzo małych nakładach można zmienić pozycję przy pracy w spółdzielniach: Przemysłu Skórzanego w Warszawie, „Metalowiec" w Poznaniu, Niewidomych w Końskich.

Trudniejsze, ale możliwe do wykonania we własnym zakresie, będzie to w Spółdzielni Niewidomych w Krakowie.

Ze sprawą dostosowywania stanowisk pracy wiąże się wykorzystanie Funduszu Produktywizacji Inwalidów, na którym akumulują środki spółdzielnie, mające statutowe zatrudnienie inwalidów i rentowność nie przekraczającą 10%. Fundusz ten powstaje z ulg w podatku dochodowym. Zgodnie z przepisami regulaminu co najmniej 20% powinno być przeznaczone na dostosowanie stanowisk pracy, 40% — na zakup maszyn i urządzeń dla inwalidów, dopłaty dla szkolonych, wynagrodzenia za dodatkowe badania lekarskie i na zakup pojazdów mechanicznych oraz do 40% — na pomoc w budownictwie mieszkaniowym dla inwalidów.

Niejednokrotnie zwracaliśmy uwagę, że w lekarzach spółdzielni i inspektorach lekarskich związków widzimy głównych wnioskodawców w sprawach wykorzystania tego funduszu na poprawę stanu zdrowia i warunków pracy inwalidów. Niestety, pomimo pewnej poprawy, nie wyszliśmy z impasu w tej sprawie. Mówią o tym dane z wykonania kompleksowego planu.

Na ogólną sumę 14 372 tys. złotych, zaplanowanych do wydatkowania w ciągu 1961 roku, wydatkowaliśmy w I półroczu 3 422 tys. zł, tj. zaledwie ponad 20%. Spółdzielnie województwa wrocławskiego na zaplanowanych do wydatkowania 2 086 tys. zł wydatkowały w tym okresie zaledwie 322 tys. zł, woj. łódzkiego z 1 016 — tylko 20 tys., woj. krakowskiego z 1 423 tys. tylko 247 tys., a woj. katowickiego z 2 013 zaledwie 328 tys. złotych.

Niezależnie od tego z postawionych do dyspozycji Oddziału WZSI dotacji z centralnego funduszu produktywizacji inwalidów w wysokości około 1 700 tys. zł, zaledwie 3 związki (Poznań, Olsztyn, Opole) zwróciły się dotąd o przekazanie przyznanej dotacji. Dotacje przyznane leżą nietknięte. Oczekujemy zasadniczej zmiany i poprawy w tej dziedzinie w roku 1962.

OPIEKA LEKARSKA W SPÓŁDZIELNIACH

Korzystając z bezpośredniego spotkania kierownictwa związku z większością lekarzy spółdzielni — uczestników naszej konferencji — nie od rzeczy będzie sprecyzować pokrótce problematykę, na której powinna się skoncentrować praca służby lekarskiej.

Program dla lekarzy przemysłowych, opracowany przez resort zdrowia, można ująć w czterech zdaniach:

1) zbadanie każdego nowo wstępującego do pracy,
2) przeprowadzanie badań okresowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami,

3) udzielanie pomocy leczniczej w ramach możliwości danego zakładu leczniczego,
4) zapoznanie się z procesem produkcyjnym zakładu pracy.

Program ten powinien obowiązywać w całej rozciągłości również u nas. Przyjmujemy, że działalność profilaktyczna jest podstawowym obowiązkiem lekarza spółdzielni. Działalność ta opiera się głównie na wykrywaniu związków przyczynowych między warunkami pracy a stanem zdrowia inwalidy.

Doświadczenie wskazuje, że każdy lekarz pracujący w naszej spółdzielni, ze względu na różnorodność schorzeń i kalectw występujących u zatrudnionych oraz wielozakładowość i wielobranżowość spółdzielni, powinien oprzeć planowanie działalności profilaktycznej na własnych koncepcjach.

Praca lekarza spółdzielni opierać się ma na trzech zasadniczych elementach:

— stale aktualnej znajomości środowiska pracy,

— stale aktualnej znajomości stanu zdrowotnego pracujących inwalidów,

— umiejętności powiązania przyczynowego zjawisk chorobowych występujących u inwalidów z warunkami pracy.

Zdajemy sobie sprawę z dużych trudności, na jakie napotykali lekarze, którzy rozpoczynali czy rozpoczynają pracę w naszych spółdzielniach. Nie możemy jednak zwolnić nikogo z Was od obowiązku zaznajomienia się nie tylko ze stanem inwalidztwa załóg, ale również z całym cyklem produkcyjnym zakładów spółdzielni. Mamy już wielu lekarzy, którzy te wiadomości opanowali i to chciałbym z pełnym uznaniem podkreślić.

Przy ocenie stopnia zagrożenia zdrowia pracujących inwalidów lekarz spółdzielni powinien również określić wszystkie czynniki szkodliwe, występujące w poszczególnych działach produkcji.

Zakładamy, że badania kwalifikacyjne dla nowo przyjętych i badania kontrolne (okresowe) muszą być w naszych spółdzielniach prowadzone systematycznie, według ustalonego planu, i obok badań fizykalnych obejmować również badania pomocnicze.

Sprawa usług leczniczych była wielokrotnie tematem gorących dyskusji. Ostatecznie przyjęliśmy, że świadczenie usług leczniczych stanowi jeden z podstawowych elementów pracy profilaktycznej lekarza zakładowego, gdyż daje mu najbardziej bieżące i aktualne wiadomości o stanie zdrowia inwalidów — ułatwia kontakt z nimi, daje możność stosowania profilaktyki indywidualnej i prowadzenia małej akcji oświatowej. Ale trzeba też powiedzieć, że wykorzystanie leczenia dla akcji profilaktycznej

zależne jest od prawidłowej i bieżąco prowadzonej dokumentacji lekarskiej, której wzory — na pewno niedoskonałe — udostępniliśmy naszym lekarzom. Niestety, jak dotąd, sprawa dokumentacji jest niedoceniana.

Analizę absencji chorobowej inwalidów traktujemy jako jeden z zasadniczych elementów pracy lekarza spółdzielni. Temu tematowi poświęcony jest odrębny referat. Należy tutaj przypomnieć, że ustalenie potrzeby wprowadzania skróconego czasu pracy dla poszczególnych osób, grup i całych zespołów pracujących inwalidów, szczególnie w specjalnych zakładach pracy chronionej, zależne jest od prawidłowo prowadzonej dokumentacji absencji chorobowej.

Ponieważ, jak wspomniano poprzednio, z punktu widzenia lekarza spółdzielni głównymi przyczynami zjawisk chorobowych jest środowisko pracy, zmianę więc tego środowiska przez stosowanie nowych, lepszych urządzeń, a szczególnie środków poprawiających stan bezpieczeństwa i higieny pracy inwalidów uważamy również za jedno z zasadniczych zadań w dziedzinie profilaktyki przemysłowej. W związku z masowym szkoleniem załóg w zakresie bhp chcielibyśmy zaapelować do lekarzy spółdzielni o współudział w tych akcjach kursowych poprzez wykłady z zakresu higieny pracy i higieny osobistej, warunków sanitarnych oraz profilaktyki.

Tak w najogólniejszym skrócie widzimy konkretną pracę lekarza spółdzielni i tego będziemy od lekarzy wymagać.

ZADANIA I PLANY NA ROK 1962

Zadania w dziedzinie zawodowej rehabilitacji inwalidów podjęte w 1960 roku i latach uprzednich będą kontynuowane i rozwijane w roku 1962. Pierwszoplanowym zadaniem jest zwiększenie procentu zatrudnienia inwalidów, zwłaszcza ciężko poszkodowanych (I i II grupa).

Aby zabezpieczyć dynamiczny wzrost zatrudnienia ciężko poszkodowanych inwalidów, musimy działania nasze skoncentrować na poprawie warunków ich pracy. Przede wszystkim rysuje się więc zagadnienie właściwego doboru pracy dla inwalidów. Jakkolwiek rozwijamy sieć wojewódzkich poradni rehabilitacji zawodowej, należy zaznaczyć, że nieprędko obejmie ona cały kraj, a ponadto nawet i wtedy spółdzielnie nie będą całkowicie odciążone od rozwiązywania tego zagadnienia we własnym zakresie. Nie rozwijam tego tematu, gdyż będzie on omówiony w osobnym referacie.

Z zagadnieniem doboru stanowisk wiąże się ich właściwe dostosowanie techniczne do kolectwa inwalidów. Związek Spółdzielni Inwalidów poczyni odpowiednie kroki w kierunku polepszenia jakości i rozszerzenia produkcji sprzętu rehabilitacyjnego dla inwalidów. Niemniej obowiązkiem spółdzielni jest szukanie odpowiednich rozwiązań we własnym zakresie i to właśnie trzeba przewidzieć w kompleksowym planie rehabilitacji zawodowej na rok 1962.

Ogromną wagę przykładamy do poprawy warunków sanitarnych w spółdzielniach inwalidów. Spółdzielnie posiadają poważne fundusze na te cele — chodzi jednak o to, aby były one wykorzystane racjonalnie i całkowicie. Wiele spółdzielni pracuje w bardzo ciężkich warunkach lokalowych i na zużytym, przestarzałym parku maszynowym. W tych właśnie spółdzielniach konieczne jest położenie szczególnego nacisku na poprawę warunków pracy, na czystość i porządek, na odpowiednią organizację stanowisk pracy i zabezpieczenie ich zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy.

Dla inwalidów najciężej poszkodowanych spółdzielnie organizować będą specjalne warunki pracy. Przewidujemy zorganizowanie w przyszłym roku 40 specjalnych zakładów pracy chronionej dla ozdrowieńców po gruźlicy, psychicznie chorych, niewidomych, głuchych i epileptyków.

Zdajemy sobie sprawę, iż spółdzielnie napotykają na poważne trudności przy projektowaniu, właściwym ustawieniu profilu i rozruchu organizacyjnym tych zakładów — z uwagi na brak fachowego przygotowania do tych zadań. W celu zaradzenia tym trudnościom Zakład Badawczy ZSI przewiduje powołanie do życia w roku 1962 zespołu doradczego do spraw specjalnych zakładów pracy chronionej. Będzie to komórka o charakterze konsultacyjnym, opiniodawczym.

W dalszym ciągu rozwijać będziemy opiekę socjalno-bytową. Jednym z podstawowych zadań w tym zakresie jest zindywidualizowanie naszego podejścia do potrzeb inwalidy. Jest to zadanie bardzo trudne ze względu na nieopanowanie przez nas w pełnym zakresie odpowiednich metod, jak również brak kwalifikowanych pracowników. Liczymy w tej dziedzinie na dużą pomoc ze strony lekarzy, którzy z racji swojego zawodu posiadają humanitarny i społeczny stosunek do ludzi oraz na ogół wyższe w tym zakresie kwalifikacje niż inni pracownicy spółdzielni.

Chciałbym jeszcze poświęcić kilka słów środkom finansowym stojącym do Waszej dyspozycji dla wykonania zadań przewidzianych na rok 1962. Przyjmując stan na rok 1961 na środki te składają się w spółdzielniach następujące fundusze:

Fundusz Socjalny	80 mln zł
Środki na bhp	50 mln zł
Fundusz Produktywizacji Inwalidów	16 mln zł
Fundusz Postępu Technicznego	20 mln zł
Własne środki inwestycyjne	50 mln zł
Fundusz Gospodarki Mieszkaniowej	7 mln zł
Łącznie w spółdzielniach	223 mln zł

w ZSI i terenowych związkach:

Fundusz Socjalny	16 mln zł
Fundusz Produktywizacji Inwalidów	13 mln zł
Fundusz Szkoleniowy	20 mln zł
Fundusz Specjalny	45 mln zł
Spółdzielczy Fundusz Rozwoju	100 mln zł
Łącznie w ZSI i terenowych związkach	194 mln zł

Łącznie spółdzielnie inwalidów, ZSI oraz terenowe związki dysponują sumą 417 mln zł, co nie tylko zapewnia wykonanie planowych zadań, ale powinno dać radykalną poprawę warunków pracy w spółdzielniach, oczywiście pod warunkiem prawidłowego i celowego wydatkowania tych sum.

Podane w skrócie węzłowe i aktualne problemy rehabilitacji zawodowej inwalidów w naszych spółdzielniach znajdują odbicie w suchych zdawałoby się liczbach, zawartych w kompleksowych planach rehabilitacji zawodowej.

Sumienne i rzetelne włączenie się służby lekarskiej spółdzielni do opracowywania i realizacji tych planów w roku 1962 uczyni z Was, Koleżanki i Koledzy, najbliższych przyjaciół inwalidów, wzmocni Wasz autorytet i znaczenie jako czynnika współdecydującego o prawidłowym przebiegu procesów zawodowej rehabilitacji w spółdzielniach i związkach. Pragniemy, abyście za tymi liczbami widzieli głęboką treść i troskę o pełny powrót inwalidów do życia społecznego we wszystkich jego przejawach.

ALEKSANDRA WIESE
Lekarz Spółdzielni Inwalidów
im. Gen. Świerczewskiego w Kędzierzynie

DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIA W PRACY LEKARZA SPÓŁDZIELNI INWALIDÓW

Problem rehabilitacji inwalidów jest zagadnieniem ogólnopaństwowym. Rehabilitacja lecznicza i zawodowa, mająca na celu przywrócenie osobie upośledzonej na zdrowiu maksymalnej zdolności do samodzielnego życia i pracy zawodowej, zawiera głębokie aspekty humanitarne i spełnia dezyderaty Konstytucji, która każdemu obywatelowi, a więc i inwalidzie, gwarantuje prawo do pracy.

Długoletnie doświadczenia i badania nad zdolnością do pracy inwalidów dowiodły, że kalectwo, ewentualnie przewlekłe schorzenie nie znosi zdolności do pracy w sensie absolutnym. Wiemy bowiem, że po upływie określonego czasu i uzyskaniu pewnego usprawnienia można dla inwalidy wybrać taką pracę, którą w odpowiednich warunkach będzie on wykonywał na równi ze zdrowymi pracownikami.

Specyficzną formą zatrudnienia inwalidów w naszych warunkach jest spółdzielczość inwalidzka. Warunkiem jednak spełniania przez zakłady spółdzielcze wynikających stąd zadań społecznych jest utrzymanie równowagi między funkcją społeczną i gospodarczą oraz dostosowanie form produkcji i warunków pracy do zatrudnienia określonych grup inwalidów.

Zdaję sobie w pełni sprawę, że realizacja tych postulatów w wielu zakładach spółdzielczych, zwłaszcza na prowincji, napotyka i napotykać będzie na brak zrozumienia istoty zagadnienia ze strony niektórych zarządów oraz na różne trudności obiektywne natury ekonomicznej, lokalowej oraz inne, wynikające z konkretnej sytuacji w terenie. Ponieważ jednak chodzi o człowieka, dlatego nie wolno rezygnować z walki, a służba lekarska jest bardziej niż kto inny predysponowana do odegrania w tej walce roli „katalizatora".

Lekarzem spółdzielni inwalidów jestem od marca 1961 r. Pracuję na terenie Kędzierzyna. Opieką lekarską obejmuję dwie spółdzielnie: Spółdzielnię Inwalidów im. Gen. Świerczewskiego

i Spółdzielnię Niewidomych im. L. Braille'a. Pozwolę sobie krótko je scharakteryzować.

Spółdzielnia Inwalidów im. Gen. Świerczewskiego znajduje się w centrum starej dzielnicy miasta, zajmuje budynki o łącznej kubaturze 9 135 m³, które kiedyś stanowiły pomieszczenia hotelowe. Ogólnie warunki lokalowe można określić jako dostateczne. Omawiana spółdzielnia jest spółdzielnią branży włókienniczej. Prowadzi zakład dziewiarski, tkacki, pracownię kołder oraz usługowy zakład krawiecki. Plan produkcji i usług za trzy kwartały 1961 r. został wykonany z nadwyżką. W tym samym okresie wygospodarowano zysk w kwocie 575 000 zł. Średnia płaca jednego pracownika za okres pierwszego półrocza 1961 r. wynosi około 10 000 zł. Z faktów tych wynika, że sytuacja ekonomiczna i finansowa spółdzielni jest dobra.

Spółdzielnia zatrudnia 179 osób, w tym 138 inwalidów, co stanowi 77,1%. Struktura zatrudnienia według rodzajów inwalidztwa przedstawia się następująco:

22 chorych i ozdrowieńców po gruźlicy
29 inwalidów z uszkodzeniami kończyn dolnych
4 inwalidów z uszkodzeniami kończyn górnych
13 inwalidów z zaburzeniami słuchu i mowy, w tym 9 głuchoniemych
1 inwalidę z zaburzeniami wzroku
16 inwalidów ze schorzeniami neurologicznymi
10 reumatyków w szerokim znaczeniu tego słowa
5 inwalidów z zaburzeniami psychicznymi
12 inwalidów ze schorzeniami układu krążenia
9 inwalidów ze schorzeniami przewodu pokarmowego
4 osoby o niepełnej zdolności do pracy (emeryci)
13 inwalidów z innymi schorzeniami.

Spółdzielnia Niewidomych im. L. Braille'a znajduje się również w starej dzielnicy miasta, a od poprzednio omówionej dzieli ją przestrzeń około 200 m. Zajmuje ona stare, trzypiętrowe domy o powierzchni użytkowej 1 026,90 m², przewidziane do rozbiórki w 1962/63 r. Spółdzielnia prowadzi internat dla 38 niewidomych. Warunki lokalowe, zarówno w odniesieniu do pomieszczeń produkcyjnych, jak i internatu, są niedostateczne. Warunki bhp urągają wszelkim elementarnym zasadom. Sale są zatłoczone, brudne, ponure, schody drewniane, z rozchwianymi poręczami. W internacie nie ma stołówki. Rolę łazienki i kuchni spełnia korytarz. Pod łóżkami i w szafach artykuły żywnościowe leżą obok butów i brudnej bielizny. W naszkicowanych warunkach mieszka z rodzicami małe dziecko. Sprawą bez precedensu jest zatrudnianie ludzi, w tym również inwalidów, w izbie piwnicznej. Szczegółowo tego faktu nie będę opisywać. Zrobiła to za mnie lepiej

Trybuna Opolska z dnia 31. X. 61 r. Cytuję: „Ludzie pracują także w piwnicach... W jednej z nich mieści się sala pracy. Pośrodku duża maszyna zwana przewijarką, dookoła niej drewniane „pomosty", położone na wilgotnej podłodze. Na ścianach niezabezpieczone przewody wodociągowo-kanalizacyjne, z których kapie woda. Festony czarnych pajęczyn. Prowizorycznie zwisające druty elektryczne z żarówkami. Żadnej wentylacji, jeśli nie liczyć wybitej w okienku piwnicznym szyby. Od 8 miesięcy pracuje tam 5 kobiet. W lutym 1961 r. powiedziano im, że lokal, w którym zaczynają pracę, jest tymczasowy. Od tego czasu minęło 8 miesięcy i nic się nie zmieniło".

Spółdzielnia, o której mowa, jest również spółdzielnią branży włókienniczej. Prowadzi dział dziewiarski i tkacki. Zatrudnia ona 153 osoby, w tym 120 inwalidów, co stanowi 78,4%. Wśród inwalidów w spółdzielni pracuje:

57 niewidomych
13 inwalidów ze schorzeniami układu krążenia
6 inwalidów ze schorzeniami neurologicznymi
8 inwalidów ze schorzeniami przewodu pokarmowego
7 inwalidów z uszkodzeniami kończyn dolnych
3 inwalidów z uszkodzeniami kończyn górnych
5 inwalidów i ozdrowieńców po gruźlicy
9 reumatyków
12 inwalidów zaliczonych do grupy innych schorzeń.

Ciężar gatunkowy tego zestawienia jest olbrzymi i nie wymaga komentarzy.

Plan produkcyjny za trzy kwartały bieżącego roku spółdzielnia wykonała w 141,4%. Wypracowano pokaźną sumę zysku. Średnia płaca jednego pracownika za okres pierwszego półrocza 1961 r. wyniosła 9 920 zł. Jakim kosztem zostało to uzyskane, nie trzeba tłumaczyć.

Zarząd spółdzielni boryka się z poważnymi trudnościami. Władze miejscowe poprzestają na obietnicach pomocy. Kto ponosi odpowiedzialność za to, że taka spółdzielnia w ogóle powstała?

Gabinet lekarski znajduje się w budynku Spółdzielni Inwalidów im. K. Świerczewskiego. Wyposażenie jego stanowią typowe meble: kącik fizjoterapeutyczny, wyposażenie gabinetu dentystycznego i apteczka zaopatrywana przez spółdzielnię. Prowadzone przeze mnie od marca 1961 r. ambulatorium zakładowe jest w swoim założeniu placówką leczniczo-profilaktyczną. Niestety, dotychczasowe zaangażowanie w wymiarze 2 godzin dziennie jest niewystarczające. Fakt ten wybitnie utrudnia właściwą pracę profilaktyczną i ogranicza do minimum udział w rozwiązywaniu zagadnień rehabilitacji zawodowej. Było wprawdzie

pismo Departamentu Profilaktyki i Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie organizowania ambulatoriów lekarskich przy spółdzielniach inwalidów — mówiło ono wyraźnie, że „... właściwe terenowo wydziały zdrowia i opieki społecznej są zobowiązane do angażowania (lekarzy) w porozumieniu z ZSI w wymiarze 4 godzin na 150—200 inwalidów lub w odpowiednio mniejszym, w zależności od liczby inwalidów". Powiatowy Wydział Zdrowia w Koźlu nie przejął się jednak treścią tego pisma.

W obecnym stanie rzeczy staram się przynajmniej połowę czasu przeznaczać na sprawy istotne dla rehabilitacji zawodowej inwalidów.

Nieocenioną pomocą jest dla mnie współpraca pielęgniarki p. Barbary Jałowieckiej. Reprezentuje ona wysoki poziom wiedzy zawodowej i walorów etycznych. W spółdzielczości inwalidzkiej pracuje od kilku lat, zna doskonale warunki pracy w obu spółdzielniach, cieszy się zaufaniem pracowników. Pielęgniarka pracuje 5 godzin dziennie. Wykonuje wszystkie zabiegi pielęgniarskie (opatrunki, zastrzyki), prowadzi kącik fizjoterapeutyczny (masaże, sollux, kwarcówka), służy czynną pomocą w badaniach usługowych i profilaktycznych, prowadzi administracyjną i sprawozdawczą część pracy ambulatoryjnej, pomaga zatrudnionemu przez Spółdzielnię im. K. Świerczewskiego lekarzowi-dentyście, opiekuje się apteczkami pomocy doraźnej na terenie zakładów, szkoli aktyw sanitarny, wygłasza pogadanki z zakresu higieny pracy i higieny osobistej, uczestniczy w inspekcjach zakładów, służy doświadczeniem i radą w rozwiązywaniu zagadnień rehabilitacji zawodowej inwalidów.

W okresie od stycznia do października 1961 r. w ambulatorium naszym udzielono 2 520 porad lekarskich. Były to porady doraźne i porady związane z doleczaniem i kontynuowaniem rehabilitacji leczniczej w zakresie podstawowego schorzenia lub schorzeń przewlekłych towarzyszących.

Uważam, że lekarz spółdzielni nie może, a nawet nie powinien rezygnować z leczenia. Utrzymywanie podziału na leczenie i profilaktykę jest sztuczne i w praktyce nie zdaje egzaminu. Leczenie, zwłaszcza w przypadkach chorób przewlekłych, jak gruźlica, schorzenia układu krążenia, układu trawienia, gościec i inne — stanowi podstawowy element procesu rehabilitacji. Nie można również rezygnować z poradnictwa doraźnego. Organizm ludzki jest całością. Każdy stan chorobowy (ból, choroba) utrudnia powstawanie stereotypów dynamicznych, a więc i adaptację inwalidy do zmienionych warunków. Uwolnienie inwalidy od balastu dolegliwości, przywrócenie mu dobrego samopoczucia, stwarza podatny grunt dla rehabilitacji zawodowej.

Poza tym formalistyczne odcinanie się od usługowości byłoby nieżyciowe i wysoce niepopularne. Narażałoby to bowiem inwalidę na dodatkowy wysiłek fizyczny i stratę czasu, a w konsekwencji na obniżenie zarobków. Inwalida pracujący w spółdzielni chce mieć lekarza, który — w razie potrzeby — udzieli mu porady i fachowej pomocy.

Wystosowaliśmy w tym roku 9 wniosków na leczenie sanatoryjne, a są i dalsi kandydaci. Spółdzielnie mają możność realizacji wniosków, na przeszkodzie stoi jednak brak ... formularzy!

Przeprowadziliśmy 43 badania wstępne, kwalifikacyjne. Na ich podstawie można stwierdzić, że napływ inwalidów do spółdzielni jest zupełnie przypadkowy. Wynika to głównie z faktu, że w promieniu kilku powiatów nie ma innych zakładów tego typu. Dodatkową trudność w doborze odpowiedniego zajęcia dla niektórych grup inwalidów stanowi fakt, że obie spółdzielnie są zakładami branży włókienniczej. W konkretnym przypadku dotyczy to szczególnie chorych na gruźlicę. Zakurzone pomieszczenia produkcyjne nie stwarzają odpowiednich warunków pod względem zdrowotnym dla tej grupy inwalidów. Jeszcze z końcem tego roku Spółdzielnia Inwalidów im. K. Świerczewskiego przystępuje do budowy zakładu pracy chronionej dla chorych i ozdrowieńców po gruźlicy. O ile mi wiadomo, ma to być zakład włókienniczy. Warto więc już dziś zastanowić się nad słusznością tych założeń. Wydaje mi się ponadto, że spółdzielczość inwalidzka w terenie powinna rozwijać różne formy produkcji. Na specjalizację mogą sobie pozwolić zakłady zlokalizowane w dużych miastach.

W Spółdzielni Inwalidów im. K. Świerczewskiego realizowana jest zasada, że żaden inwalida nie może być przyjęty do pracy bez uprzedniej kwalifikacji przez lekarza. Nie mogę tego niestety powiedzieć o Spółdzielni im. L. Braille'a. Mimo wielokrotnych próśb z naszej strony zasada ta dotychczas nie doczekała się tam praktycznej realizacji. Kilka dni temu prezes obiecał, że sytuacja ta się zmieni. Czekamy i wierzymy, że tak będzie rzeczywiście.

Poprzez badania profilaktyczne staramy się uzyskać możliwie jak najgłębszy wgląd w stan zdrowia inwalidy, a także poznać jego psychikę, pozostałe sprawności oraz warunki życiowe. Przeprowadziliśmy dotychczas 453 badania kontrolne (okresowe). W organizowaniu tych badań korzystaliśmy z pomocy referatów bhp.

W Spółdzielni Inwalidów im. K. Świerczewskiego badania przebiegały rytmicznie, bez specjalnych oporów ze strony załogi. Nieco gorzej wyglądało to w Spółdzielni im. L. Braille'a. Część załogi dotychczas jeszcze nie poddała się badaniom. Badania kontrolne łączyliśmy z zaprowadzaniem dokumentacji na „kartach

badań kontrolnych", która dotychczas nie była w ogóle lub była niewłaściwie prowadzona. Akcja ta jest kontynuowana.

Obowiązujące obecnie karty badań kontrolnych są — moim zdaniem — niepraktyczne i mało przejrzyste. Wydaje się, że powinny to być raczej książeczki lub zeszyty. Pierwsza strona zawierałaby dane ogólne i dane z wywiadu społecznego. Druga strona — wywiad dotyczący przyczyn i okoliczności powstania kalectwa lub schorzenia przewlekłego. Następne strony byłyby poświęcone kolejnym badaniom kontrolnym.

Przeprowadzone badania kontrolne dały mi osobiście bardzo dużo. Umożliwiły przede wszystkim poznanie inwalidów zatrudnionych w spółdzielniach, pozwoliły wykryć nieprawidłowości przydziału pracy oraz wyselekcjonować inwalidów wymagających szczególnie troskliwej opieki leczniczej bądź specjalnej adaptacji stanowiska pracy. Dały mi również możność poznania aktualnego stanu oprzyrządowania i potrzeb w tej dziedzinie.

Na badanie kontrolne składało się badanie ogólne i podstawowe badania dodatkowe, a w niektórych przypadkach dodatkowe badania bądź konsultacje specjalistyczne.

Badania dodatkowe wykonywano w większości przypadków w laboratorium miejscowego ośrodka zdrowia. Badania specjalistyczne wykonywano w Kędzierzynie, Koźlu lub Opolu. Wnioski wynikające z badań kontrolnych są notowane i w większości załatwiane bieżąco. Wszelkie decyzje o zmianie stanowiska roboczego lub potrzebie jego adaptacji uzgadniane są z kierownictwem technicznym oraz kierownikami działów produktywizacji.

Dążąc do poprawy warunków pracy inwalidów przystąpiliśmy do stopniowego adaptowania poszczególnych stanowisk pracy do indywidualnych potrzeb inwalidów. Po dokładnym poznaniu sytuacji, sporządziliśmy dokumentację i po konsultacji teechnicznej zamówiliśmy dla Spółdzielni Inwalidów im. K. Świerczewskiego — 11, a dla Spółdzielni im. L. Braille'a — 4 fotele inwalidzkie, przystosowane do pracy przy warsztatach dziewiarskich. Fotele te mają być wykonane jeszcze w tym roku. Usprawnienia te dotyczą głównie inwalidów z amputacjami kończyn dolnych, inwalidów z niedowładami kończyn dolnych oraz kilku inwalidów z uszkodzeniami kończyn dolnych. Rozważana jest możliwość mechanizacji kilku stanowisk pracy obsługiwanych przez chorych na gruźlicę. Wszyscy chorzy i ozdrowieńcy po gruźlicy otrzymują codziennie mleko podczas pracy.

Wystosowaliśmy trzy wnioski o przydział motorowych wózków inwalidzkich dla inwalidów z niedowładem kończyn dolnych. Wnioski są już realizowane. W związku z powtarzającymi się skargami inwalidów na zły stan protez zwróciliśmy się z prośbą do poradni ortopedycznej w Opolu o konsultację specjalistyczną

w celu obiektywnej oceny stanu oprzyrządowania inwalidów i likwidacji ewentualnych niedociągnięć na tym odcinku. Rozważana jest możliwość zakupienia w Spółdzielni Pracy w Raciborzu sprzętu kompensującego kalectwo i sfinansowania go z funduszu produktywizacji.

Pewnej poprawie uległa sytuacja w internacie Spółdzielni Inwalidów im. L. Braille'a, dzięki uzyskaniu 6 dodatkowych pomieszczeń mieszkalnych. Uzyskano również poprawę oświetlenia w pomieszczeniach produkcyjnych tej spółdzielni.

Mimo wielokrotnych interwencji nie udało się nam zlikwidować pracy w „bunkrze". Uzyskaliśmy jedynie wycofanie z pracy w tych warunkach 2 inwalidek, a mianowicie: inwalidki pozostającej w leczeniu poradni przeciwgruźliczej z powodu gruźlicy płuc i inwalidki zatrudnionej w spółdzielni z powodu choroby reumatycznej z zajęciem serca. Interweniowałam osobiście u aktywnego społecznie radnego ob. dra Daranowskiego. W wyniku tej interwencji przybyła na teren Spółdzielni im. L. Braille'a specjalna komisja, która po zapoznaniu się z sytuacją udzieliła spółdzielni konkretnej pomocy. Jeszcze w 1961 roku spółdzielnia otrzymała 2 mieszkania rodzinne, co pozwoli zlikwidować pracę w piwnicy, urągającą elementarnym zasadom higieny pracy i uwłaczającą godności ludzkiej.

Nadzór nad warunkami pracy w spółdzielniach prowadzimy wspólnie ze służbą bhp i kierownikami referatów produktywizacji. Do nich też należy w głównej mierze realizacja zaleceń poinspekcyjnych.

Dotychczas nie prowadziliśmy ewidencji wypadków przy pracy, ograniczając się jedynie do udziału w ich analizie. Stwierdzić muszę, że większość zanotowanych wypadków powstała w wyniku nieuwagi lub lekceważenia przepisów. Dlatego z uznaniem należy powitać prowadzony obecnie w Spółdzielni Inwalidów im. K. Świerczewskiego kurs szkoleniowy bhp dla całej załogi. Tematyka kursu uwzględniająca między innymi zagadnienia higieny osobistej, higieny i fizjologii pracy oraz ochrony pracy — spotkała się z zainteresowaniem i akceptacją załogi.

Nie prowadziliśmy dotychczas także ewidencji absencji chorobowej jako całości. Rejestrowaliśmy wyłącznie zwolnienia wydane przez nasze ambulatorium. Dla celów sprawozdawczych korzystaliśmy z danych udostępnianych nam przez zakłady. Dla orientacji ogólnej podam, że w Spółdzielni im. K. Świerczewskiego obsencja chorobowa w okresie od 1. I. do 10. XI. 61 r. dała łącznie 2 002 roboczodni. Wskaźnik absencji stanowi 4,45%. W tym samym okresie absencja wynikająca z praw specjalnych kobiety wyniosła 762 roboczodni. Wskaźnik tej absencji stanowi 1,72%. W Spółdzielni Niewidomych im. Braille'a absencja cho-

robowa wyraziła się w tym okresie liczbą 1 400 roboczodni. Wskaźnik absencji wyniósł 3,7%. Stosunkowo największa absencja występuje w grupie chorych na gruźlicę, co — moim zdaniem — wiąże się w głównej mierze z systemem leczenia przeciwgruźliczego (wielomiesięczne pobyty w sanatoriach).

Zarząd Spółdzielni Inwalidów im. K. Świerczewskiego ma pełną świadomość społecznego zadania spółdzielczości inwalidzkiej i duże ambicje realizowania kompleksowego planu zawodowej rehabilitacji inwalidów. Współpraca między nami a zarządem i kierownictwem technicznym tej spółdzielni układa się pomyślnie z korzyścią dla załogi.

Zdecydowanie źle przedstawia się natomiast współpraca z Zarządem Spółdzielni im. Braille'a. Kierownictwo tej spółdzielni, aczkolwiek zdaje sobie sprawę z istoty swej społecznej pozycji, podmiot swego działania — człowieka inwalidę — zagubiło w chaosie trudności i sprzeczności. Nic więc dziwnego, że większość naszych postulatów trafia w pustkę i nie jest realizowana. Wszelka nasza działalność jest niepopularna.

Stosunek inwalidów do nas należy określić jako pozytywny. Natomiast kontakt z inspektorem lekarskim wojewódzkiego związku ogranicza się wyłącznie do sprawozdawczości.

Podstawą rehabilitacji jest praca zespołu uwzględniającego pełną osobowość inwalidy. Może nigdzie nie występuje to tak ostro, jak w pracy z niewidomymi. Utrata wzroku może wyzwolić z biegiem czasu głębokie zmiany w psychice niektórych chorych. Cechuje ich wtedy egocentryzm, nieufność, bierność życiowa i skłonność do konfliktów z otoczeniem. Dlatego słuszne wydaje się zatrudnianie przez spółdzielnie niewidomych — psychologa, jego bowiem współpraca z lekarzem stworzyć może dobry grunt dla rehabilitacji zawodowej.

Na zakończenie należy z dotychczasowej pracy wyciągnąć wnioski na przyszłość. Podstawowym warunkiem poprawy pracy profilaktyczno-rehabilitacyjnej jest zwiększenie wymiaru godzin pracy lekarza. Istotnym zadaniem jest dalsze uczulanie kierownictwa zakładów spółdzielczych na istotne elementy rehabilitacji zawodowej.

Dalsze perspektywy poprawy warunków pracy inwalidów widzę w systematycznym wprowadzaniu osiągnięć postępu technicznego oraz w tworzeniu odpowiednich warunków pracy dla gruźlików. Jak najprędzej należy przyjść z pomocą Spółdzielni Niewidomych im. L. Braille'a, przystępując do budowy odpowiedniego zakładu pracy chronionej. Z tą sprawą nie można zwlekać.

TADEUSZ PARADYSTAL
Kierownik Pracowni Lekarskiej
Zakładu Badawczego ZSI

ROLA LEKARZA SPÓŁDZIELNI W DOBORZE PRACY DLA INWALIDÓW

Lata powojenne przyniosły szybki postęp w dziedzinie rehabilitacji inwalidów. Konieczność włączania w procesy produkcyjne szerokich rezerw siły roboczej we wszystkich krajach prowadzących wojnę i duża liczba inwalidów, którym trzeba było zapewnić pracę i powrót do życia społecznego po zakończeniu działań wojennych, zmusiły lekarzy, ekonomistów i socjologów do opracowania nowych zasad rehabilitacji leczniczej, a przede wszystkim zawodowej. Jedną z najistotniejszych zmian w tej dziedzinie było odstąpienie od uświęconego tradycją systemu zatrudniania inwalidów w wybranych, klasycznych zawodach inwalidzkich, jak praca portiera, windziarza, szatniarza, informatora, a w przypadku niewidomych — szczotkarstwo i wikliniarstwo.

System ten został zastąpiony nowym, opartym na indywidualnym doborze pracy w zależności od fizycznych, psychicznych i zawodowych sprawności inwalidy, co otworzyło praktycznie nieograniczone możliwości zatrudnienia. Zatrudnianie inwalidów na podstawie doboru pracy oparte jest na kilku zasadniczych prawach.

Po pierwsze — zwrócono uwagę na fakt, że każda praca wymaga od pracownika szeregu określonych sprawności fizycznych, psychicznych i zawodowych, ale żadna praca nie wymaga zachowania wszystkich tych sprawności. Niejako odwróceniem tego faktu jest określenie inwalidztwa jako utraty pewnych sprawności fizycznych lub psychicznych przy zachowaniu jednak szeregu pozostałych, które w odpowiednich warunkach umożliwiają podjęcie wielu pożytecznych prac zawodowych.

Pozwoliło to na opracowanie nowych zasad rehabilitacji zawodowej, zmierzających do wykorzystania w maksymalnym stopniu wszystkich pozostałych sprawności inwalidy poprzez:

— zatrudnienie zgodne z posiadanymi przez inwalidę kwalifikacjami, nigdy poniżej tych kwalifikacji,
— dobór pracy,

— przystosowanie stanowiska i środowiska pracy umożliwiające kompensację utraconych funkcji.

To nowe i pozytywne spojrzenie na zagadnienie inwalidztwa i rehabilitacji zawodowej jest silnie i nierozerwalnie związane z postępem wszystkich nauk zajmujących się pracą ludzką i związkami zachodzącymi pomiędzy człowiekiem a jego środowiskiem pracy. Osiągnięcia tych nauk, bez względu na to, czy ich pierwotnym celem było tylko zwiększenie zysku poprzez wzrost wydajności pracy, czy też poprawa warunków pracy i zarobków robotników, wykazały, że człowiek — obok maszyn, surowców i urządzeń — jest niezmiernie ważnym ogniwem wszystkich procesów produkcyjnych, i że trzeba mu poświęcić o wiele więcej uwagi w organizowaniu pracy przemysłowej. Stworzyło to między innymi podstawy do naukowej analizy warunków pracy, analizy fizjologicznej i psychologicznej samej pracy i opracowania metod dostosowania urządzeń produkcyjnych do człowieka. Z drugiej strony podjęto próby doboru właściwej pracy w oparciu o uzdolnienia i kwalifikacje pracowników, co znalazło wyraz w poradnictwie zawodowym, selekcji psychotechnicznej i wstępnych badaniach lekarskich przy przyjmowaniu inwalidów do pracy.

Nowoczesne metody rehabilitacji inwalidów w dużej mierze oparte są właśnie na doświadczeniach i osiągnięciach nauki o pracy człowieka. Dobór pracy opiera się na poznaniu dwóch zasadniczych elementów, a mianowicie: samej pracy i inwalidy, który ma ją wykonywać.

Badanie pracy, nazywane również analizą funkcjonalną pracy lub stanowiska pracy, stosowane jest od dawna w ekonomice przedsiębiorstwa przemysłowego, jako jeden z elementów podnoszenia wydajności pracy, określenia norm produkcyjnych, płac itp. Badanie to zmierza do systematycznego rejestrowania, analizowania i krytycznej oceny metod pracy oraz mierzenia pracochłonności. Jest ono prowadzone przez specjalnie wyszkolonych techników normowania pracy i chronometrażystów.

Badanie pracy z punktu widzenia doboru pracy dla inwalidów ma na celu uchwycenie przede wszystkim tych elementów, które wpływają na możliwość zatrudnienia. Krótko mówiąc, badanie takie zmierza do określenia i sprecyzowania wymagań, jakie praca na danym stanowisku stawia zatrudnionemu, oraz szkodliwości zawodowych, jakie są z nią związane. Już z tych założeń wynika jasno, że ocena pracy pod tym kątem widzenia nie może być dokonana jednoosobowo i wymaga współdziałania zespołu fachowców, a przede wszystkim technika, psychologa i lekarza.

Technik może doskonale znać przebieg czynności zawodowych na danym stanowisku, nie zawsze jednak zdaje sobie sprawę, jakie wymagania stawiają one robotnikowi i jakie są związane

z nimi szkodliwości. Do tego potrzebny jest ktoś, kto będzie patrzył na pracę z punktu widzenia wykonującego ją pracownika, a nie tylko od strony wyników produkcyjnych.

Każda praca wymaga od wykonującego ją pewnych zdolności i sprawności fizjologicznych, psychicznych i zawodowych oraz odporności na szereg szkodliwości związanych bezpośrednio z samą pracą lub warunkami, w jakich jest ona wykonywana. Określenie tych właśnie cech charakterystycznych stanowi istotę analizy stanowiska pracy, bez względu na przyjętą metodę badawczą i schemat dokumentacji.

Typowym przykładem błędnej oceny jest przyjmowanie za Taylorem ujemnego wpływu ruchów pośrednich na wydajność pracy wbrew danym fizjologicznym, które dowodzą, że pewne ruchy — pozornie niepotrzebne i nie związane z daną operacją — mają uzasadnienie, gdyż umożliwiają odpoczynek i regenerację przeciążonych mięśni.

Udział lekarza w analizie stanowiska pracy potrzebny jest również w celu inicjowania dodatkowego oprzyrządowania i przystosowania stanowiska do potrzeb inwalidy.

Drugim podstawowym elementem przy doborze pracy dla inwalidy jest określenie jego zdolności do wykonywania pracy, czyli sporządzenie zestawienia pozostałych sprawności fizycznych, psychicznych, odporności na czynniki szkodliwe związane z pracą oraz kwalifikacji zawodowych. Przed lekarzem staje tu szczególnie trudne i odpowiedzialne zadanie wymagające spojrzenia na inwalidę pod zupełnie nowym kątem widzenia. Nie chodzi tu bowiem ani o rozpoznanie choroby, ani o ustalenie stopnia ograniczenia sprawności fizycznej lub psychicznej, ale przeciwnie, chodzi o ustalenie co pomimo kalectwa inwalida jest w stanie robić. Przystępując do takiej oceny pozostałych sprawności inwalidy trzeba jednak wciąż mieć na uwadze wszystkie przeciwwskazania wypływające z istoty samego schorzenia, które wykluczają pewne czynności, nawet gdy inwalida pozornie jest w stanie je wykonywać. W grę wchodzą tu względy bezpieczeństwa samego inwalidy oraz jego otoczenia. Trzeba pamiętać o takich czynnikach, jak możliwość spowodowania wypadku (epileptycy, niewidomi, słabo widzący i jednoocy, chorzy psychicznie), ale również o względach epidemiologicznych (chorzy na gruźlicę).

Przeprowadzając badanie inwalidy należy postępować według schematu, który został przyjęty przy badaniu stanowiska pracy. Uzyskuje się w ten sposób dwa zestawienia, z których jedno określa wymagania, jakie stawia praca na danym stanowisku, a drugie daje odpowiedź na pytanie czy inwalida wymaganiom tym jest w stanie sprostać bez szkody dla własnego zdrowia, bez zagrożenia dla otoczenia i osiągając zadowalającą wydajność pra-

cy. W jednym zestawieniu będziemy mieli np. pytanie, czy praca wymaga użycia obu kończyn górnych — w drugim pytanie, czy inwalida może użyć obu kończyn górnych. Porównanie obu formularzy, punkt po punkcie, teoretycznie pozwoli na określenie, czy dany inwalida może pracować na tym stanowisku pracy. Francuzi stosują w tej dziedzinie pewne usprawnienia: formularz badania pozostałych sprawności wypełniany jest przez zarysowanie odpowiednich kratek, a formularz analizy stanowiska pracy przez perforowanie. Przez nałożenie obu formularzy widać od razu, czy perforacja odpowiada polom zakreskowanym. Sposób ten wydaje się jednak zbyt mechaniczny i eliminujący indywidualną ocenę lekarza.

Tak wyglądałoby to zagadnienie od strony czysto teoretycznej. Niestety, wydaje się, że praktyczne zastosowanie tych teorii jest o wiele bardziej skomplikowane, przynajmniej w konkretnych warunkach naszej spółdzielczości inwalidzkiej. Nie będzie chyba dla obecnych tu kolegów zaskoczeniem jeżeli powiem, że w naszych spółdzielniach dobór pracy dla inwalidów odbywa się obecnie nieco inaczej, w sposób można powiedzieć uproszczony. Myślę, że warto się zastanowić, dlaczego tak się dzieje i czy należy ten stan zmienić.

Po pierwsze chciałbym zastanowić się nad pytaniem czy system doboru pracy dla inwalidy oparty o tak szczegółowe, a z drugiej strony tak bardzo schematyczne badania, jest celowy i czy w praktyce może on dać dobre rezultaty. Czy metoda analizy stanowisk pracy, oparta niewątpliwie na doświadczeniach wielkich zakładów przemysłowych, o znacznym stopniu podzielenia pracy i mechanizacji procesów produkcyjnych, może mieć zastosowanie w spółdzielniach inwalidów, pracujących (nie ma tu co ukrywać) w warunkach niemal rękodzielniczych.

Z drugiej strony wiele szkodliwości zawodowych i cech stanowiska pracy można zmodyfikować, dostosować do potrzeb i możliwości inwalidów, co również znacznie rozszerza możliwości zatrudnienia i zmienia nieraz całkowicie charakter danej pracy. Te wszystkie czynniki nie mieszczą się w omówionych schematach zagranicznych i należy je uwzględnić w naszych własnych opracowaniach.

Ogólna niechęć i opór przed tego typu badaniami wynikają w dużym stopniu ze świadomości, że stosując tego rodzaju metodę doboru pracy można stanąć przed olbrzymimi trudnościami w znalezieniu odpowiedniego zatrudnienia. Po prostu może się okazać, co zresztą wydaje mi się dość prawdopodobne, że w warunkach niektórych spółdzielni żadna praca nie nadaje się dla inwalidów, a często nawet nie może być polecona człowiekowi zdrowemu. Lekarz stanie więc i tak przed koniecznością od-

rzucenia mozolnie sporządzonych formularzy i wydania decyzji kompromisowej, wybierając najmniejsze zło, zgodnie ze swoją wiedzą fachową, doświadczeniem, sumieniem oraz presją inwalidy lub kierownictwa spółdzielni. Z referatu Koleżanki Wiese z Kędzierzyna dowiedzieliśmy się, że sytuacje takie są rzeczywiście na porządku dziennym w pracy lekarza spółdzielni. No, bo co zrobić z 25-letnim człowiekiem, chorym na gruźlicę płuc w stadium naciekuu, ojcem czworga dzieci, skierowanym przez poradnię PG. który nie ma prawa do renty, zwolnił się ze szpitala na własną prośbę, żeby zarobić na utrzymanie rodziny i którego trzeba zatrudnić w spółdzielni włókienniczej (bo innej nie ma). Na to pytanie nie da z pewnością odpowiedzi żaden formularz.

Nie trzeba zresztą sięgać do przypadków aż tak krańcowych. W wielu innych również samo mechaniczne porównanie dwóch wypełnionych formularzy nie może dać jeszcze właściwego rozwiązania. Gdyby tak było — do dokonania doboru wystarczyłby automat. Niemniej jednak wydaje się, że usystematyzowanie danych charakteryzujących inwalidę oraz kontrola w spółdzielni stanowisk pracy mogą stanowić wielkie ułatwienie w decyzji doboru zajęcia, oczywiście pod warunkiem uwzględnienia wielu czynników dodatkowych — natury psychologicznej, ekonomicznej, socjalnej. Trzeba pamiętać, że zdolności kompensacyjne i adaptacyjne człowieka są ogromne, często wręcz zaskakujące. Ich warunkiem jest najczęściej konieczność i silna wola. Utkwił mi w pamięci przypadek inwalidy, który pomimo obustronnych niedowładów kończyn dolnych po przebytej chorobie Heine-Medina wolał pracować jako zaopatrzeniowiec, pomimo że proponowano mu równorzędną pracę siedzącą. Twierdził, że lubi być w ruchu i nie wyobraża sobie siebie siedzącego za biurkiem. Oczywiście w tym przypadku powstanie sprzeczność w ocenie lekarskiej i psychologicznej, a decyzja, który czynnik jest ważniejszy i jak dalece można i należy iść na kompromis, może być trudna.

Zdając sobie sprawę z braków przedstawionej metody, stajemy przed problemem: czy w ogóle z niej zrezygnować, czy też warto potrudzić się o jej dostosowanie do naszych potrzeb i warunków. Zacznijmy od sprawy badania stanowisk pracy oraz ich przydatności i celowości. Pytanie takie postawiło w 1952 roku francuskie Ministerstwo Pracy w ankiecie rozesłanej do lekarzy przemysłowych. Połowa z nich odpowiedziała, że analiza stanowisk pracy wydaje im się szczególnie celowa przy zatrudnianiu inwalidów i osób przewlekle chorych, a 1/4 oświadczyła, że posługuje się stale tą metodą przy doborze pracy dla inwalidów.

W naszych warunkach na zagadnienie to trzeba chyba spojrzeć również i pod innym kątem widzenia. Badanie stanowisk pracy jest doskonałą okazją dla lekarza spółdzielni do zapoznania się

z zakładem pracy, ogólnymi warunkami pracy i przebiegiem procesu produkcyjnego. Akcja taka niewątpliwie przyczyni się do wymiany poglądów pomiędzy kierownictwem spółdzielni, lekarzem, technikiem bhp, a także samymi zatrudnionymi, wskaże na zaniedbania i braki w wyposażeniu stanowisk pracy, a co najważniejsze, stanie się rzetelną podstawą do opracowania planu poprawy warunków pracy i adaptacji poszczególnych stanowisk roboczych oraz przyczyni się do krytycznego spojrzenia na samą organizację pracy i procesów technologicznych. Ten „produkt uboczny" nie jest chyba do pogardzenia ani dla lekarza, ani tym bardziej dla kierownictwa spółdzielni. Przeciwnie, wydaje mi się, że ten aspekt jest jednym z bardzo silnych argumentów za celowością prowadzenia tego rodzaju badań w spółdzielniach.

Trzeba pamiętać, że stanowiska pracy w spółdzielniach mają charakter nietypowy, skupiają szereg operacji o różnym charakterze i dlatego trudno je sklasyfikować. Przeważnie wymagają one indywidualnej oceny, która będzie słuszna tylko dla danego stanowiska w jednej spółdzielni.

Może nasunąć się tu pytanie, kto ma przeprowadzać w spółdzielni tego rodzaju badania, dlaczego ma w tym brać udział lekarz, tym bardziej że wielu kolegów z pewnością obawia się, iż zarówno inicjatywa, jak i większa część pracy przypadnie tu właśnie lekarzowi. Już na początku wspomniałem, że analiza stanowiska pracy powinna być dokonywana przez zespół składający się z technika, psychologa i lekarza. Oczywiście w większości spółdzielni skompletowanie takiego zespołu jest trudne i z konieczności na lekarza spada tu wiele problemów psychologicznych, a nawet technicznych, z którymi może mieć duże trudności. Jest to smutna rzeczywistość, z którą trzeba się będzie niestety liczyć jeszcze przez długi czas, pomimo że zdajemy sobie sprawę z roli, jaką powinien odgrywać psycholog w poradnictwie zawodowym i doborze pracy dla inwalidów. Niestety nie ma dostatecznej liczby psychologów i nieprędko chyba pokażą się oni w spółdzielniach inwalidów, tymczasem musimy jakoś radzić sobie sami.

Pewnym ułatwieniem miało być stworzenie w większych ośrodkach poradni rehabilitacji zawodowej, które z jednej strony mogłyby przejmować trudniejsze do ustawienia w pracy przypadki, a z drugiej przychodziłyby z pomocą lekarzowi w rozwiązywaniu trudności na miejscu spółdzielni. Jak wygląda w praktyce praca takiej poradni, dowiemy się niedługo z referatu Kol. Chabina z Łodzi.

Z drugiej strony przy doborze pracy dla inwalidów niezbędny jest znacznie większy udział lekarza niż przy doborze pracy dla zdrowych ludzi. Rola lekarza znacznie zwiększa się jeszcze w doborze pracy już w samej spółdzielni.

Inwalida zgłasza się do spółdzielni na ogół już z konkretnym zamiarem pracy w danym zawodzie. Nastawienie to jest najczęściej spowodowane czynnikami ekonomicznymi i socjalnymi. Rzadko inwalida wybiera sobie pracę, której nie byłby w stanie wykonywać z powodu kalectwa. Naszym celem nie jest selekcja pracowników do pracy i wybór tych, którzy na danym stanowisku mogą osiągnąć najwyższą wydajność, ale przeciwnie — dobór stanowiska, na którym inwalida mógłby pracować bez szkody dla zdrowia. Pozostaje więc przede wszystkim do ustalenia, czy nie ma przeciwwskazań do zatrudnienia na tym stanowisku. Oczywiście przeważnie lekarz będzie tu miał głos decydujący.

Byłoby natomiast bardzo pożądane, żeby wybór zawodu przez inwalidę był oparty na pełnowartościowej poradzie zawodowej, co powinno jednak nastąpić znacznie wcześniej — przed rozpoczęciem szkolenia zawodowego lub w chwili opuszczania zakładu leczniczego. Poradnie rehabilitacji zawodowej mogłyby właśnie odegrać znaczną rolę w tego rodzaju poradnictwie.

Co do udziału technika, myślę, że ta sprawa jest znacznie łatwiejsza do rozwiązania. Wydaje się, że w analizie stanowisk roboczych powinien brać udział kierownik techniczny danej spółdzielni z wykształceniem technicznym lub technik bhp, jeśli pracownik pełniący tę funkcję ma odpowiednie przygotowanie fachowe. W żadnym jednak razie nie może to być pracownik wybrany przypadkowo lub „czynnik społeczny" albo po prostu referent kadrowy. Niezmiernie ważny jest natomiast współudział w analizie stanowisk pracy samych zatrudnionych i majstrów, którzy mogą zwrócić uwagę na wiele bardzo istotnych szczegółów. Od chęci współpracy wszystkich zatrudnionych zależy w dużej mierze powodzenie akcji i dlatego należy przed jej rozpoczęciem wytworzyć właściwą atmosferę i wytłumaczyć zarówno metodę, jak i cel prowadzonych badań.

Analiza stanowisk pozwoli więc na sklasyfikowanie i ustalenie możliwych i koniecznych usprawnień lub adaptacji, pozwoli na bardziej obiektywne określenie ogólnych warunków pracy i stanu sanitarno-higienicznego zakładu. Dane te będą o tyle cenniejsze, że współudział lekarza zagwarantuje właśnie nie tylko czysto techniczną ocenę zakładu pracy i stosowanych metod produkcyjnych, ale przede wszystkim ich ocenę z fizjologicznego punktu widzenia. Powiedziałem „współudział" celowo i świadomie, gdyż nie można wymagać od lekarza, by podjął się on tej pracy sam. Byłoby to zarówno niecelowe, jak i niemożliwe. Jeżeli jednak inicjatywa tego rodzaju wyjdzie ze strony kierownictwa spółdzielni, które zrozumie i doceni nie tylko rehabilitacyjne, ale i czysto ekonomiczne korzyści, jakie mogą płynąć z tej akcji, lekarze powinni inicjatywę tę skwapliwie podtrzymać.

Jeżeli chodzi o samą metodę analizy stanowisk pracy, wydaje się, że trzeba dostosować ją do potrzeb spółdzielni inwalidów z uwzględnieniem wszystkich, istotnych z punktu widzenia zatrudniania inwalidów, czynników oraz wszystkich typowych dla spółdzielni szkodliwości zawodowych. Za podstawę można przyjąć wzory podane przez dra Hulka w pracy „Dobór zajęć dla inwalidów" i „Podstawowe wiadomości z zakresu produktywizacji inwalidów". Natomiast dyskusji wymaga zagadnienie ustalenia kryteriów i oceny wymagań stanowiska pracy względnie sprawności inwalidy. Odpowiadanie na wszystkie pytania formularza jednym tylko określeniem oznaczającym, że dana sprawność jest wymagana lub nie, wydaje mi się zbytnim uproszczeniem. W rzeczywistości poszczególne stanowiska pracy wymagają różnego stopnia sprawności lub różnego stopnia odporności na czynniki szkodliwe. Dotyczy to zresztą także samych inwalidów, którzy mogą mieć różny stopień zachowania sprawności lub odporności na czynniki szkodliwe. Należałoby się zastanowić, czy ustalenie ścisłych kryteriów oceny i wprowadzenie kilkustopniowej oceny cyfrowej nie stworzyłoby możliwości bardziej elastycznego manewrowania obu formularzami, zwłaszcza że w warunkach spółdzielczości inwalidzkiej długo jeszcze stać będziemy przed koniecznością stosowania w praktyce pewnych rozwiązań kompromisowych.

Przechodząc do badania samego inwalidy trzeba jeszcze raz podkreślić cel, do jakiego badanie to musi zmierzać. Mówi się o problemie zatrudniania chorych na gruźlicę, chorych gośćcowych czy też amputowanych, jednakże koledzy, którzy spotykają się z tymi zagadnieniami w codziennej praktyce, wiedzą dobrze, że izolowane inwalidztwo występuje rzadko i że najczęściej mamy do czynienia ze współistnieniem kilku schorzeń lub kalectw u tego samego osobnika. Jeżeli dodamy do tego, że każdy inwalida, niezależnie od ograniczenia sprawności, wynikającego z jego stanu fizycznego i psychicznego, posiada różny stopień kwalifikacji zawodowych i uzdolnień oraz że ta sama choroba w różnym stadium rozwojowym powoduje zupełnie nieraz odmienne wskazania i przeciwwskazania do zatrudnienia, staje się sprawą niewątpliwą, że dobór pracy może być oparty jedynie na indywidualnej ocenie każdego inwalidy. Wszelkie schematy podające rodzaj zawodu i grupy inwalidów, które mogą być w tych zawodach zatrudnione — mogą służyć jedynie jako pomocniczy materiał orientacyjny i wymagają każdorazowego porównywania z konkretną sytuacją.

Przeprowadzenie wstępnych badań inwalidów przed ich zatrudnieniem w spółdzielni jest jednym z podstawowych obowiązków lekarza i badania te są chyba już w większości spół-

dzielni systematycznie prowadzone. Chodzi jednak o to, by badania kwalifikacyjne (wstępne) oparte były na pewnym ustalonym schemacie pozwalającym na możliwie obiektywną ocenę pozostałych sprawności inwalidy, jego odporności na czynniki szkodliwe i zdolności do wysiłku. Badanie lekarskie powinno być w każdym przypadku uzupełnione oceną kwalifikacji inwalidy, a w miarę możności również badaniem psychologicznym. Mówię w miarę możności, gdyż zdaję sobie sprawę, że badanie psychologiczne we wszystkich przypadkach jest w tej chwili niewykonalne, trzeba jednak o nim pamiętać szczególnie wówczas, gdy dokonanie wyboru jest trudne lub gdy przydzielenie inwalidzie określonej pracy dało złe wyniki i wymaga zmiany. Lekarz z racji swojego zawodu nastawiony jest głównie na poszukiwania i stwierdzanie objawów chorobowych oraz walkę z samą chorobą. Na ogół lekarze oceniają dotychczas zdolność do pracy tylko na podstawie typowego badania lekarskiego, nie znając dokładnie rodzaju i warunków samej pracy. Wyobrażenie przeciętnego lekarza o pracy przemysłowej jest różne i subiektywne w zależności od stopnia zainteresowań osobistych lekarza, jego zdolności spostrzegania i obserwowania oraz wiadomości z zakresu techniki. Wydaje się, że doświadczenia, jakie lekarz wyniesie z akcji badania i analizy stanowisk pracy w spółdzielni, pozwolą mu spojrzeć z innego punktu widzenia również na samego inwalidę.

Sama lekarska ocena zdolności do pracy w przypadkach kalectw miejscowych, dotyczących np. narządu ruchu, jak niedowład jednej kończyny lub amputacja, nie powinna stwarzać większych trudności. To samo dotyczy grupy inwalidów niewidomych lub głuchoniemych, aczkolwiek w tych dwóch grupach mogą wyniknąć już komplikacje wymagające głębszego zastanowienia. Wśród inwalidów wzrokowych trzeba wyraźnie wyodrębnić inwalidów z zachowanym szczątkowym widzeniem oraz jednookich. Widzenie szczątkowe lub znaczny stopień upośledzenia wzroku pozwala wprawdzie na wykonywanie pewnych prac niedostępnych dla niewidomych, jednakże jest przeciwwskazaniem do zatrudnienia tych inwalidów przy tego rodzaju pracach, ponieważ grozi pogłębieniem kalectwa. Inwalida jednooki aczkolwiek pozornie widzi dobrze, ma jednak upośledzoną zdolność oceny odległości i dokładnej lokalizacji przedmiotów. To upośledzenie kryje w sobie niebezpieczeństwo wypadku w zawodach takich, jak mechanika precyzyjna, praca w pobliżu pasów transmisyjnych, praca na tokarce, szlifierce itp. Inwalidzi jednoocy nie powinni być również kierowani do prac i zawodów, w których istnieje zwiększone niebezpieczeństwo uszkodzenia oka lub w których chwilowe uszkodzenie oka (np. zaprószenie) może doprowadzić do wypadku, jak np. u kierowcy samochodowego.

Trudną do oceny i kwalifikacji grupę stanowią inwalidzi z ogólnie upośledzoną zdolnością do wysiłku. Na jedno z pierwszych miejsc wysuwa się tu problem inwalidów z powodu gruźlicy. Obiektywna ocena zdolności do wysiłku jest dość skomplikowana, wymaga zarówno specjalnego sprzętu i wyszkolenia, jak i poświęcenia czasu, którego lekarz spółdzielni zwykle ma bardzo mało. Określenie samej zdolności wysiłkowej inwalidy bez dokładnej oceny wysiłku wymaganego do wykonywania danej pracy, i to oceny dokonanej według tej samej metody, byłoby praktycznie bardzo małowartościowe.

Zakład Badawczy Związku Spółdzielni Inwalidów rozpoczyna właśnie pewne prace zmierzające do ustalenia kryteriów zdolności do pracy i wymagań pracy w odniesieniu do inwalidów i chorych na gruźlicę. W badaniach tych chcemy oprzeć się przede wszystkim na metodach dostępnych w codziennej praktyce lekarza spółdzielni. Mamy nadzieję, że wspomniana praca przyczyni się zarówno do uporządkowania wielu pojęć, jak i ustalenia pewnych norm doboru pracy, przystosowania warunków pracy i badań kwalifikacyjnych dla tej grupy inwalidów. Byłoby chyba bardzo pożyteczne, gdyby w toku dzisiejszej dyskusji padły również sugestie co do zagadnień z dziedziny doboru pracy, które w najbliższej przyszłości powinny znaleźć się na warsztacie Zakładu Badawczego ZSI. Dla informacji podam tylko, że w najbliższym czasie ukażą się dwie dalsze publikacje Zakładu dotyczące zatrudnienia inwalidów amputowanych oraz inwalidów ze schorzeniami narządu krążenia.

Zdajemy sobie niewątpliwie sprawę, że nie w każdej spółdzielni istnieją już obiektywne warunki do przeprowadzenia pełnej analizy funkcjonalnej stanowisk pracy. Możliwe, że w wielu spółdzielniach ogólne, elementarne warunki pracy są tak prymitywne, że nie potrzeba żadnych studiów, aby to stwierdzić. Podniesienie na wyższy poziom ogólnych warunków higieny pracy jest bezwzględnie w tych spółdzielniach sprawą pierwszoplanową. Niemniej jednak w wielu spółdzielniach sytuacja dojrzała już do uporządkowania tych zagadnień w interesie samych inwalidów, jak i kierownictwa spółdzielni. Szczególnie tam, gdzie zaczęły działać poradnie rehabilitacji zawodowej i gdzie można dobrać już zespół ludzi wprowadzonych w problematykę doboru pracy, akcję tę można i trzeba rozpocząć jak najwcześniej. Mam wrażenie, że sprawa metody i wzorów dokumentacji jest tu raczej drugorzędna, gdyż wszystkie systemy oparte są na tych samych podstawowych założeniach. Porównanie po pewnym czasie wyników osiągniętych różnymi metodami pozwoli na porównanie ich wartości i przydatności dla naszych celów oraz stworzy realne

podstawy dyskusji, która z pewnością jeszcze nie raz będzie się toczyć w przyszłości.

Kolejność uporządkowania metodyki doboru pracy powinna być następująca: po pierwsze trzeba przystąpić do analizy funkcjonalnej stanowisk pracy w spółdzielniach, sklasyfikować te stanowiska, opisać, ustalając dla każdego z nich zarówno ogólne warunki pracy, jak i szczegółowe wymagania stawiane pracownikowi. W drugim etapie należy przystąpić do badania wszystkich nowo przyjmowanych do spółdzielni inwalidów pod kątem widzenia ich pozostałych sprawności i zainteresowań oraz przygotowania zawodowego. Po ustawieniu tych inwalidów w pracy zgodnie z zasadami doboru, o których była mowa poprzednio, należy dokładnie śledzić przebieg ich pracy zawodowej oraz stan zdrowia przez badania okresowe, tak by po określonym czasie można było wyrobić sobie pogląd o słuszności dokonanego doboru i ewentualnie wprowadzić poprawki do stosowanej metody. Dopiero w trzecim etapie należy przystępować do przebadania tą metodą inwalidów już zatrudnionych w spółdzielni, aby stwierdzić prawidłowość ich ustawienia w pracy. Etap ten, mogący pociągać za sobą konieczność pewnych zmian w stanowiskach pracy lub przesunięć poszczególnych pracowników na inne stanowiska, musi być prowadzony już na podstawie konkretnych doświadczeń i zgodnie z ustaloną oraz wypróbowaną metodyką.

Na zakończenie chciałem się jeszcze zatrzymać przy jednym zagadnieniu. Z referatu prezesa Kochanowskiego dowiedzieliśmy się o tym, że planowanie rehabilitacji zawodowej w spółdzielniach wciąż jeszcze napotyka na duże trudności, a dane, jakimi dysponuje Związek, świadczą o dość chaotycznym podejściu do planowania. Nie ulega wątpliwości, że w ustalaniu planów rehabilitacji wciąż jeszcze zbyt mały udział biorą lekarze spółdzielni, którzy przecież powinni być najlepiej zorientowani w potrzebach z tego zakresu.

Osobiście nie dziwię się zbytnio tej sytuacji i prawdę mówiąc nie bardzo wyobrażam sobie, w jaki sposób można było planować bardziej realnie i ściślej, nie posiadając prawie żadnych konkretnych danych wyjściowych. Dlatego poznanie przez lekarza stanowisk pracy, stopnia ich przystosowania do zatrudnionych na nich inwalidów, ustalenie wszystkich potrzebnych zmian, adaptacji i dodatkowych urządzeń przyczyni się do realniejszego planowania.

Pozostaje jeszcze do omówienia kilka spraw, które są wprawdzie drugorzędne, ale w praktyce grają często decydującą rolę. Mam tu na myśli przede wszystkim bardzo ograniczony czas, jaki lekarze mogą poświęcić pracy w spółdzielniach inwalidów, szczególnie w ośrodkach, gdzie zaczyna występować deficyt kadr

lekarskich. Zdając sobie sprawę z priorytetu usług leczniczych dla ogółu ludności, chciałbym jednak zaapelować do obecnych — a także do nieobecnych na sali — organizatorów służby zdrowia i przedstawicieli władz, aby uwzględnili potrzeby spółdzielczości inwalidów i poszli w tym zakresie jak najbardziej na rękę lekarzom zatrudnionym w spółdzielniach. Praca nad zorganizowaniem opieki lekarskiej i nadzoru lekarskiego nad przebiegiem zatrudnienia inwalidów w spółdzielczych zakładach pracy chronionej jest pracą pionierską, trudną, a przede wszystkim pochłaniającą dużo czasu. Nie chcemy tej pracy ograniczyć do przyjmowania chorych w ambulatorium spółdzielni, chcemy wyjść do zakładów pracy, poznać dokładnie środowisko, w jakim pracują inwalidzi, chcemy to środowisko jak najlepiej dostosować do ich możliwości i umożliwić im pracę wydajną i bez zagrożenia zdrowia. Niestety, realizacja tego z pewnością słusznego programu wymaga czasu i to właśnie czasu w godzinach pracy spółdzielni, które są również dla lekarzy godzinami największego obciążenia. Myślę, że sprawa, dla której czas ten chcemy poświęcić, jest tego warta i że w rozwiązywaniu tego problemu spotkamy się z poparciem ze strony naszych władz.

ZYGMUNT CHABIN
Kierownik Poradni Rehabilitacji Zawodowej przy OZSI w Łodzi

DOŚWIADCZENIA PORADNI REHABILITACJI ZAWODOWEJ PRZY OKRĘGOWYM ZWIĄZKU SPÓŁDZIELNI INWALIDÓW W ŁODZI W DOBORZE PRACY DLA INWALIDÓW

Poradnia Rehabilitacji Zawodowej przy OZSI w Łodzi rozpoczęła swą działalność w styczniu 1961 r.

Podstawowym jej zadaniem jest zapewnienie inwalidom doboru właściwego zatrudnienia w spółdzielczości inwalidzkiej. Poradnia zatrudnia lekarza — kierownika poradni, psychologa, socjologa, asystenta społecznego, doradcę technicznego, kierownika kancelarii oraz lekarzy konsultantów z Zakładu Zapobiegawczo-Leczniczego dla Inwalidów. Raz w tygodniu odbywa się zebranie całego zespołu, na którym analizowana jest tygodniowa działalność poradni.

BADANIE NOWO PRZYJMOWANYCH DO PRACY

Obecnie trzy razy w tygodniu zespół poradni przeprowadza badania inwalidów przyjmowanych do pracy, skierowanych przez lekarzy spółdzielni, rady narodowe, Okręgowy Związek Spółdzielni Inwalidów i zgłaszających się indywidualnie. Po dokonaniu rejestracji i wpisaniu danych personalnych do kart orzecznictwa zawodowego inwalida zostaje skierowany do kierownika poradni. Kierownik po przeprowadzeniu wstępnego wywiadu kieruje każdego inwalidę na badania pomocnicze, jak: OB, morfologię krwi, badanie moczu, prześwietlenie płuc. Inwalidzi, którzy byli leczeni lub leczą się w poradni przeciwgruźliczej, onkologicznej, chorób zawodowych itp. kierowani są do macierzystych poradni w celu uzyskania zaświadczenia z przebiegu leczenia wraz z wynikiem badań.

Badania zaczyna psycholog. Najbliżej współpracuje on z socjologiem. Każdy inwalida jest następnie badany przez lekarza internistę w celu ustalenia ogólnego stanu zdrowia, po czym wydają opinię poszczególni lekarze specjaliści.

Wszystkie te badania, oprócz badań socjologa, wpisuje się do karty orzecznictwa zawodowego, podając wywiad, rozpoznanie, a we wnioskach wskazania lub przeciwwskazania dotyczące przyszłego stanowiska i właściwego ustawienia w pracy. Oprócz karty orzecznictwa każdy badający wypełnia formularz pozostałych sprawności inwalidy z zakresu swojej specjalności. Mając przeprowadzone wszystkie badania dotyczące przydatności zawodowej, formularz wymagań i warunków, jakie praca stawia robotnikowi oraz kartę typowania czynności zawodowych, zespół poradni kwalifikuje inwalidę do właściwej pracy.

Końcowy etap, to wypełnienie karty dla lekarza zakładowego. Karta daje szczegółowe informacje o stanie zdrowia inwalidy przystępującego do pracy oraz zawiera charakterystykę stanowiska pracy. Na podstawie tej karty lekarz wraz z kierownikiem technicznym spółdzielni zatrudnia inwalidę. Każdy nowo wstępujący do pracy otrzymuje kartę obserwacji, którą wypełnia kierownik, majster lub brygadzista, a lekarz zakładowy kontroluje ją i wyciąga odpowiednie wnioski.

DOKUMENTACJA

W początkowym okresie swej działalności poradnia miała wiele problemów i zagadnień wymagających rozwiązania. Między innymi zachodziła konieczność opracowania odpowiedniej dokumentacji. W chwili obecnej posiadamy opracowaną dokumentację, która jednak stale jest uzupełniana i udoskonalana na podstawie zdobytych doświadczeń.

W pracy swojej zespół poradni posługuje się następującymi dokumentami.

1. Karta orzecznictwa zawodowego

Zawiera ona dane personalne, wyniki badań psychologicznych, lekarskich badań specjalistycznych i pomocniczych. Ponadto podany jest w niej charakter pracy i opis stanowiska, przy którym inwalida może być zatrudniony. Karta jest podstawowym dokumentem, w którym zawarte są wszelkie badania przydatności zawodowej wraz z końcowymi wnioskami dotyczącymi zatrudnienia.

2. Formularz pozostałych sprawności inwalidy

Jest to dokument uzupełniający. Zawiera on dane odnoszące się do sfery zmysłów, sprawności narządów inwalidy, ogólnej oceny sprawności inwalidy, ogólnej oceny sprawności organizmu, oceny zdolności do wysiłku i do pracy. Poszczególne pozycje formularza wypełniane są przez zainteresowanych specjalistów. Ma on na celu ogólne ustalenie sprawności inwalidy i możliwości zatrudnienia w określonych warunkach pracy.

3. Protokół wywiadu socjologicznego

Obejmuje on informacje o domu, otoczeniu, charakterze i środowisku pracy, wynagrodzeniu oraz trudnościach życiowych.

4. Karta dla lekarza spółdzielni

Podane są w niej wyniki badań pomocniczych, rozpoznania schorzeń, wnioski dotyczące stanowiska pracy, na którym inwalida może być zatrudniony.

5. Karta obserwacji pracy

Przesyłana jest do spółdzielni wraz z kartą wymienioną w pkt. 4 i prowadzona jest przez cały czas zatrudnienia inwalidy w zakładzie pracy. Ma ona na celu dokładne scharakteryzowanie człowieka w pracy. Zawiera takie dane, jak: datę rozpoczęcia pracy, rodzaje wykonywanych czynności, stopień wydajności i jakości pracy, samopoczucie, zachowanie się, stosunek do współpracowników.

6. Formularz wymagań i warunków, jakie praca stawia robotnikowi

Formularz ten układem swoim zbliżony jest do formularza pozostałych sprawności inwalidy i ma na celu określenie wymagań, jakie stawia przed inwalidą poszczególne stanowisko pracy.

Aby móc we właściwy sposób dobierać pracę dla inwalidy, niezbędne są analizy stanowisk pracy. Na ich podstawie opracowywane są charakterystyki zawodów. Zawierają one opis pracy, krótką charakterystykę produkcji, stanowisk pracy, wykonywanych czynności, wymaganych właściwości fizycznych wskazań i przeciwwskazań lekarskich oraz wymaganych właściwości psychicznych.

PRZEBIEG BADAŃ PSYCHOLOGICZNYCH

Badania psychologiczne prowadzone są głównie pod kątem przydatności zawodowej inwalidy. Mają więc one ustalić cechy psychiczne inwalidy warunkujące wykonywanie określonego za-

wodu lub specjalności zawodowej. Badania składają się z dalej opisanych elementów: wywiadu osobowego, badań testowych, konsultacji z innymi specjalistami i innych.

Wywiad

W wywiadzie ustala się podstawowe dane personalne, zbiera się informacje dotyczące wykształcenia i rodzajów wykonywanych prac, trybu życia, postępowania inwalidy w przeszłości, notuje się datę, okoliczności oraz przyczyny doznanego kalectwa, rodzaj kalectwa i przebieg leczenia. Należy także uzyskać informacje o samopoczuciu inwalidy od momentu powstania inwalidztwa, o zainteresowaniach i życzeniach inwalidy odnoszących się do jego zatrudnienia, zmiany zawodu ewentualnie szkolenia, dane dotyczące układu stosunków rodzinnych, warunków materialnych, mieszkaniowych oraz cech charakterologicznych.

Praktyka wykazuje, że zdobyte informacje z historii życia dostarczają wiele materiału do poznania osobowości inwalidy, co nie jest bez wpływu na dobór pracy. Wywiad jest szczegółowy i prowadzony w formie swobodnej rozmowy. Stwarza się dzięki temu stosunek wzajemnego zaufania i atmosferę wspólnego pokonywania trudności przy włączaniu inwalidy w tok pracy. Gdy uzyskane dane nie są wystarczające lub wymagają z różnych względów konfrontacji, wzywa się członków rodziny, a także przeprowadza się wywiad środowiskowy.

Badania testowe

O ile wywiad pozwala na uzyskanie ogólnych informacji o osobie badanej, o tyle badania testowe zmierzają do bardziej szczegółowego określenia poszczególnych cech psychicznych inwalidy. Bada się te cechy, które mają pierwszorzędne znaczenie. Określa się więc inteligencję, uzdolnienia, sprawność i precyzję ruchów, tempo pracy oraz, jeżeli zachodzi tego potrzeba, zainteresowania i cechy osobowości.

Przy ocenie zdolności do określonej pracy bierze się pod uwagę nie tylko aktualne, w danej chwili stwierdzone, ale i potencjalne możliwości inwalidy, które mogą się dopiero ujawnić po jego zatrudnieniu, bezpośrednio przy pracy.

Dlatego też należy uwzględnić możliwości adaptacyjne i kompensacyjne, które u inwalidy są przecież niekiedy duże, a w chwili badania trudne do ujawnienia.

W badaniach psychologicznych spotykamy się z nadmiernym przewrażliwieniem inwalidy, niekiedy z uprzedzeniem, lękiem, poczuciem mniejszej wartości, celowym zasłanianiem kalectwa — chęcią nieujawniania go. Dlatego też uzyskane wyniki są interpretowane z dużą ostrożnością.

Konsultacja ze specjalistami

Ponieważ badania psychologiczne są jedynie cząstkowymi badaniami przydatności zawodowej, przy wydawaniu orzeczeń o zdolności do pracy niezbędne są wyniki badań lekarskich i socjologicznych. Dlatego w każdym przypadku przeprowadzane są konsultacje z poszczególnymi specjalistami. Dąży się przy tym do wszechstronnego poznania inwalidy, a więc jego cech somatycznych, psychicznych oraz sytuacji socjologicznej.

Badani inwalidzi

Badaniom poddawani są inwalidzi nowo przyjmowani do pracy oraz pracownicy już zatrudnieni w spółdzielniach, ale ze względu na stan zdrowia nie mogący wykonywać dotychczasowego zajęcia, lub też niedostosowani do obecnych stanowisk pracy. Zgłaszają się także ci, którzy mają trudności w wykonywaniu pracy, wskutek czego osiągają mniejszą wydajność, a co za tym idzie — mniejsze wynagrodzenie. Zdarzają się przypadki skarg inwalidów, że podstawowe czynności związane z ich pracą sprawiają im trudności i męczą ich.

Porady życiowe

Niewłaściwy stosunek rodziny do inwalidy, kompleksy psychiczne spowodowane utraconym zdrowiem, ambicje życiowe, które nie mogą być zaspokojone wskutek kalectwa, brak właściwego miejsca w otoczeniu, złe warunki materialne, trudności wychowawcze z dziećmi — oto niektóre z wielu problemów jakie utrudniają życie inwalidy i wpływają na jego postawę życiową.

Są to sprawy niezwykle trudne. Psycholog w swojej praktyce ma z nimi często do czynienia i stara się pomagać inwalidzie w ich rozwikłaniu.

Charakterystyki zawodów

Aby właściwie kierować nowo przyjętych do pracy, nie wystarcza samo tylko badanie. Niezbędna jest znajomość wymagań, jakie praca stawia robotnikowi. W tym celu sporządzane są charakterystyki zawodów. Opracowywane one są przez lekarza i psychologa na podstawie analizy stanowisk pracy. Dokładne obserwacje pracownika przy jego warsztacie pracy pozwalają na stwierdzenie, jakie cechy psychiczne i stan zdrowia potrzebne są do właściwego wykonywania danego zawodu. Zestawienie zdobytych obserwacji i informacji uzyskanych bezpośrednio od zainte-

resowanych, tj. zatrudnionych tam inwalidów oraz ich zwierzchników, pozwala na sporządzenie charakterystyki zawodów.

Charakterystyki nie są sporządzane z punktu widzenia wymagań stawianych wzorowemu pracownikowi, mają raczej na celu ustalenie minimalnych wymagań pozwalających wykonywać daną pracę.

W ten sposób charakterystyki pomagają w odpowiednim kwalifikowaniu nowo przyjmowanych osób, przezawodowanych zgodnie z ich kwalifikacjami, stanem zdrowia, cechami psychicznymi i innymi.

Opieka nad inwalidami w zakładzie pracy

Praktyka wykazuje, że samo skierowanie do pracy jest niewystarczające. Trzeba również przygotować mistrza lub kierownika do współpracy z nowo zatrudnionymi. Przed zatrudnieniem przedstawia mu się w głównych zarysach — kim jest inwalida, jakie ma cechy charakteru, w jakim tempie może pracować, jakie ma zdolności, jakie postępowanie z nim będzie najbardziej słuszne i celowe.

Unika się wskutek tego nieporozumień między pracownikami, a przełożonymi. Stosunki układają się w takich przypadkach bardziej harmonijnie, a przełożony dysponuje materiałami pozwalającymi właściwie ustosunkować się do inwalidy, lepiej go ustawić w produkcji.

W ślad za skierowaniem do pracy idzie wraz z innymi dokumentami karta obserwacji pracy. Wpisywane są do niej uwagi mistrza lub kierownika o stopniu wdrażania się do pracy, stopniu wydajności, samopoczuciu, współżyciu z otoczeniem itd.

Prace badawcze

Badania psychologiczne przydatności zawodowej nasuwają szereg problemów natury zarówno praktycznej, jak i teoretycznej. Odczuwa się brak testów dla niewidomych i głuchoniemych oraz aparatów i przyrządów do badania koordynacji ruchowej i badania czasu reakcji. Stosowane testy i normy dla ludzi zdrowych powinny być dostosowane do możliwości inwalidów. Muszą one być poddane weryfikacji. W tym celu prowadzone są badania nad testem badającym tempo pracy oraz testem sprawności i precyzji manualnej. Badaniom tym poddawani są inwalidzi: niewidomi, amputowani w obrębie kończyn górnych i dolnych, głusi, gruźlicy, inwalidzi ze schorzeniem układu krążenia. Ogółem ma być zbadanych 500 inwalidów.

METODYKA BADANIA LEKARSKIEGO

Badanie lekarza internisty zmierza do poznania ogólnego stanu zdrowia inwalidy oraz stanu poszczególnych jego narządów.

W razie potrzeby inwalida zostaje skierowany na badania uzupełniające, które mają w poszczególnych przypadkach duże znaczenie dla ustalenia rozpoznania. We wnioskach lekarz podaje wskazania lub przeciwwskazania dotyczące przyszłego stanowiska pracy i właściwego ustawienia.

Lekarz specjalista po zbadaniu inwalidy stawia wnioski dotyczące właściwego zatrudnienia.

METODYKA PRACY SOCJOLOGICZNEJ

Jak już mówiłem w wypadku, kiedy w toku badań psychologicznych wyłaniają się zagadnienia społeczne, materialne, rodzinne lub też potrzeby przeprowadzania interwencji, pacjent zostaje skierowany do socjologa w celu przeprowadzenia tzw. wywiadu socjologicznego.

Wywiad socjologiczny prowadzony jest w formie przyjaznej i swobodnej rozmowy z pacjentem, na podstawie której ustala się dane dotyczące:

a) wykonywanej aktualnie pracy zawodowej, samopoczucia, warunków lokalowych, trudności, stosunków koleżeńskich, wpływu pracy na stan zdrowia itp.,

b) warunków materialno-bytowych, zarobków, warunków mieszkaniowych,

c) stosunków rodzinno-społecznych, współżycia z rodziną i najbliższym otoczeniem, atmosfery domowej,

d) czasu wolnego od pracy — zamiłowań i upodobań, rozrywek.

Na podstawie tej rozmowy socjolog ustala potrzebę przeprowadzenia dalszych wywiadów środowiskowych lub też interwencji w zakładzie pracy, u władz miejscowych, w środowisku rodzinnym.

W okresie przeprowadzania wywiadów środowiskowych i interwencji utrzymany jest, rzecz jasna, stały kontakt z pacjentem; jest on przedmiotem zainteresowania i obserwacji. Po przeprowadzeniu wywiadów i interwencji — w zależności od ich wyników — inwalidzie udziela się już konkretnych porad i zaleceń. Jeżeli zachodzi potrzeba, roztacza się nad nim długoterminową opiekę socjalną, polegającą na utrzymaniu z nim dalszych kontaktów na terenie pracy lub w domu.

Współpraca psychologa z socjologiem w zakresie doboru pracy nie zawsze polega na tym, że psycholog kieruje pacjentów do socjologa. Często sytuacja przedstawia się odwrotnie. W czasie lustracji zakładów, konsultacji z zarządem i służbą socjalną spółdzielni socjolog „wyławia" przypadki wadliwego ustawienia w pracy i wówczas kieruje inwalidów na badania psychologiczne i lekarskie, jeżeli badania te nie były przeprowadzone.

W ostatnim okresie poradnia nasza podjęła nowe zadanie. Została mianowicie opracowana ankieta socjologiczna i rozprowadzona poprzez zakłady pracy wśród inwalidów I i II grupy. Ankieta ma na celu uzyskanie danych dotyczących: 1) budżetu rodzinnego inwalidów, 2) warunków mieszkaniowych, 3) zadowolenia lub niezadowolenia z pracy, 4) propozycji ulepszenia stanowiska pracy, 5) zmęczenia przy pracy, 6) chęci zmiany zawodu, 7) trudności życiowych.

Ankiety wypełniane są imiennie i w związku z tym oprócz znaczenia badawczego mają również znaczenie praktyczne, umożliwiają bowiem wyławianie indywidualnych przypadków wymagających interwencji zarówno w sprawach doboru właściwego zajęcia jak i materialno-bytowych. Ogółem rozesłano 800 ankiet, a do chwili obecnej otrzymano już 50% wypełnionych. Zakończenie prac związanych z analizą ankiet i opracowaniem uzyskanych danych przewiduje się na koniec I kwartału 1962 r.

ROLA I ZADANIA ASYSTENTA SPOŁECZNEGO *)

Poważne zadanie w doborze pracy dla inwalidów przypada asystentowi społecznemu. Po przeprowadzeniu wszystkich badań, jakim w zależności od schorzenia i rodzaju inwalidztwa poddany został inwalida, sprawę do ostatecznego załatwienia przekazuje się asystentowi społecznemu. Zapoznaje się on z wynikami badań i uzgadnia z kierownikiem poradni dalszy tok postępowania z danym inwalidą.

Utrzymuje on stały kontakt z inspektorem do spraw zawodowej rehabilitacji inwalidów (przy prezydium rady narodowej), z poszczególnymi związkami inwalidów, a przede wszystkim z zarządami spółdzielni inwalidów. Dokładniejsze poznanie możliwości zatrudnienia zgłaszającego się inwalidy jest obowiązkiem

*) Termin „asystent społeczny" jest jeszcze dyskusyjny, w wielu publikacjach używany jest również termin „asystent socjalny".

asystenta społecznego, który współdziała na tym odcinku z psychologiem. Po uzgodnieniu z kierownikiem spółdzielni sprawy zatrudnienia danego inwalidy na stanowisku zgodnym z zaleceniami lekarza i psychologa asystent społeczny przedstawia ogólną charakterystykę inwalidy kierownikowi zakładu i wskazuje na odpowiednie metody postępowania z nim. Jest to w wielu wypadkach konieczne i uzasadnione.

Inwalida przed przystąpieniem do pracy zostaje również poinformowany o warunkach i środowisku, w jakim będzie pracował. Asystent społeczny utrzymuje kontakt z zatrudnionym inwalidą tak długo, jak to jest konieczne. Przede wszystkim interesuje się jego pracą, wynikami szkolenia zawodowego, zarobkami, samopoczuciem oraz interweniuje niejednokrotnie w tych i w innych sprawach w zarządach spółdzielni.

Interwencje asystenta społecznego dotyczące rodziny inwalidy sięgają również poza spółdzielczość inwalidzką, a więc do zakładów państwowych, w których pracują członkowie rodziny inwalidy. Sprawy wymagające załatwienia przez dany zakład asystent przedstawia radzie zakładowej w drodze bezpośrednich rozmów. Na ogół spotykamy się w tej pracy ze zrozumieniem i pomocą.

Do ściślejszej współpracy z poradnią w zakresie spraw socjalnych włączamy komisje socjalno-bytowe, działające przy każdej spółdzielni inwalidzkiej. Wydaje się nam, że w ten sposób realizujemy postulat właściwego zatrudnienia inwalidy, łącząc jednocześnie opiekę nad nim i jego rodziną.

Do poradni zgłaszają się różni inwalidzi, z różnymi istotnymi dla siebie sprawami. Część z nich stanowią osoby kierowane przez spółdzielnie, a część to inwalidzi zgłaszający się do nas bezpośrednio. Po rozesłaniu ankiet o tematyce socjologicznej do poradni zgłasza się dość dużo inwalidów z wieloma, niejednokrotnie trudnymi sprawami. Są to sprawy mieszkaniowe, rodzinne oraz sprawy właściwej opieki nad dziećmi inwalidów. Jako przykład podajemy następujący fakt.

Inwalidka II grupy (teczka nr 206), zatrudniona w jednej ze spółdzielni, mieszka z sześcioletnią córką jako sublokatorka w pomieszczeniu o powierzchni 11 m². Mieszkanie to zajmują trzy osoby. Wspomniana inwalidka od wielu lat choruje na gruźlicę płuc. Do poradni zgłosiła się wraz z wysłaną do niej ankietą, prosząc o interwencję w sprawie przyśpieszenia przydziału mieszkania. Sprawa istotnie trudna. Poradnia przeprowadziła szczegółowy wywiad socjologiczny, w którego wyniku wystąpiono za pośrednictwem lekarza zakładowego o zmianę pracy i lepszą opiekę nad wspomnianą inwalidką. Dostosowanie stanowiska pracy dla niej nastąpi w najbliższym czasie. Niezależnie od tego, po zebra-

niu odpowiednich zaświadczeń lekarskich, poradnia wystąpiła do rady narodowej o przydział mieszkania, wskazując w uzasadnieniu na momenty szczególnie przemawiające za przyznaniem właściwego pomieszczenia w pierwszej kolejności.

Podobnie postąpiliśmy w przypadku dotyczącym inwalidy I grupy (teczka nr 180), który posiada dość liczną rodzinę. Ostateczne jednak załatwienie tych spraw leży w kompetencji prezydiów rad narodowych.

Do poradni w październiku 1961 r. zgłosił się ciężko poszkodowany inwalida II grupy, który od kilku miesięcy domagał się zatrudnienia w prezydium powiatowej rady narodowej. Z uwagi na to, że nie ma on zawodu rada narodowa nie mogła go zatrudnić.

Po przebadaniu przez zespół poradni, inwalidę skierowano do Spółdzielni Inwalidów „Zgierzanka" w Zgierzu, ze wskazaniem zatrudnienia w zawodzie dziewiarskim, systemem pracy chałupniczej. Asystent społeczny poradni załatwił przyjęcie inwalidy do Zakładu Doskonalenia Rzemiosła w Łodzi na naukę zawodu dziewiarza. W dniu 27. X. 1961 r. inwalida został skierowany na przeszkolenie na overloku 3-młotkowym i dwuigłówce. Szkolenie ukończy po 3 miesiącach, a spółdzielnia „Zgierzanka" zakupi mu z funduszu produktywizacji inwalidów maszynę dziewiarską.

Tego rodzaju przykładów przytoczyć moglibyśmy więcej.

DOTYCHCZASOWE SPOSTRZEŻENIA I OSIĄGNIĘCIA

W okresie dotychczasowej działalności, do poradni zgłosiły się 224 osoby, w stosunku do których przeprowadzono wszechstronne badania przydatności zawodowej, a więc:

a) lekarskie,
b) psychologiczne,
c) socjologiczne.

Z liczby tej skierowano do pracy i zatrudniono 169 osób. Niezależnie od tego udzielono 43 porady psychologiczne oraz przeprowadzono 29 wywiadów wraz i interwencjami socjalnymi.

Podział na poszczególne grupy KIZ osób przebadanych jest następujący:

a) inwalidzi I grupy — 13 osób
b) inwalidzi II grupy — 22 osoby
c) inwalidzi III grupy — 123 osoby
d) inwalidzi w wieku starczym — 11 osób.

Zmiany zawodu i zmiany warunków pracy dokonano w 9 przypadkach. Przez lekarzy spółdzielni zostało skierowanych 17 trudnych przypadków w celu przeprowadzenia konsultacji. Obecnie posiadamy 12 inwalidów zarejestrowanych i przebadanych, dla których poszukujemy odpowiednich stanowisk pracy. Są to inwalidzi o złożonych schorzeniach, dla których zorganizowanie stanowiska pracy jest bardzo trudne.

Wystawiono wnioski na zaopatrzenie ortopedyczne dla 131 inwalidów. Poradnia opracowała również charakterystykę czterdziestu pięciu stanowisk pracy. W wyniku badań ustalono ograniczenie czasu pracy dla 20 osób.

W oparciu o przeprowadzone lustracje zakładów ustalono, że oprzyrządowania wymaga 40 stanowisk pracy.

Zespół poradni dokonał lustracji zakładów spółdzielni inwalidów wydając 365 zaleceń dotyczących:

a) bezpieczeństwa i higieny pracy,
b) urządzeń socjalnych,
c) oprzyrządowania stanowisk,
d) specjalistycznych badań lekarskich.

Poradnia Rehabilitacji Zawodowej Inwalidów opracowała „kartę ustawienia inwalidy w pracy". Karty te rozsyła się kolejno do spółdzielni w celu wypełnienia ich przez lekarza zakładowego. W wymienionej karcie zawarte są dane dotyczące rozpoznania schorzenia, ustawienia w pracy, oprzyrządowania stanowiska pracy, warunków pracy, godzin zatrudnienia, przeciętnych zarobków, grupy inwalidzkiej oraz uwagi i zalecenia.

Ta forma współpracy z lekarzami oraz bezpośrednie lustracje prowadzone przez poradnię w zakładach pracy i omawianie naszych spostrzeżeń z zarządami spółdzielni zbliżają nas do realizacji zadania leczniczej i zawodowej rehabilitacji inwalidów.

Stwierdzono, że komisje socjalno-bytowe w wielu spółdzielniach nie znają warunków, w jakich żyją i pracują najciężej poszkodowani inwalidzi I i II grupy, o czym świadczą częściowo ankiety i przeprowadzone wywiady socjologiczne.

Przechodząc do omówienia sposobu prowadzenia kontroli wydanych zaleceń należy zaznaczyć, że na wniosek poradni zalecenia wydaje okręgowy związek spółdzielni inwalidów. W zaleceniach przesłanych spółdzielniom podany jest również termin ich wykonania.

W określonym terminie zarząd spółdzielni zawiadamia poradnię o sposobie realizacji zaleceń. Niezależnie od tego poradnia dokonuje sama kontroli wykonania zaleceń, sporządzając odpowiednie protokoły.

WNIOSKI

Podsumowując dotychczasowy okres działalności naszej poradni należy stwierdzić, co następuje:

1. Dla prawidłowej pracy zespołu poradni nieodzowne jest posiadanie właściwego lokalu. Powinien on składać się z wydzielonych pomieszczeń dla:
   a) kierownika poradni,
   b) lekarzy,
   c) psychologa,
   d) socjologa i asystenta społecznego,
   e) doradcy technicznego,
   f) administracji (łącznie z pomieszczeniami na materiały piśmienne i dokumentację) oraz na
   h) poczekalnię.
2. Drugim ważnym elementem jest organizacja zespołu poradni. Należy dążyć do tego, aby zespół, tj. wszyscy pracownicy wraz z konsultantami, pracowali w jednakowych godzinach. Doświadczenie nasze dowiodło, że przedłużające się badania zniechęcają inwalidów do działalności poradni.
3. Z naszych doświadczeń wynika, że istnienie poradni i zakładu zapobiegawczo-leczniczego w jednym pomieszczeniu jest konieczne ze względu na ścisły związek między rehabilitacją leczniczą i zawodową.
4. Zakres działalności poradni nie może ograniczać się jedynie do badań inwalidów przystępujących do pracy. Stwierdziliśmy, że niektórzy inwalidzi skierowani do pracy wymagają przez pewien czas opieki ze strony poradni w formie poradnictwa i różnego rodzaju interwencji.
5. Do realizacji zadań rehabilitacji zawodowej i leczniczej nieodzowne jest zatrudnianie lekarza w każdej spółdzielni. Lekarz współpracujący z poradnią ułatwi zarządowi spółdzielni rozwiązywanie zagadnień doboru pracy dla inwalidów.
6. Od wielu miesięcy pozostaje nie załatwiona sprawa pełnego wyposażenia gabinetu psychologicznego poradni. Nie mamy odpowiednich aparatów i przyrządów dostosowanych do badania inwalidów, np. aparatu do badania czasów złożonej reakcji z wyborem, aparatu do badań koordynacji psychomotorycznej i innych.

   Ponieważ posiadamy środki na ten cel, a w jednostkach gospodarki uspołecznionej nie możemy nabyć tych apara-

tów, uważamy że ZSI powinien zwrócić się do PAN z wnioskiem o opracowanie dokumentacji technicznej i wykonanie takich przyrządów. W razie odmowy należałoby umożliwić zakup ze źródeł prywatnych.

7. O metodyce pracy doradcy technicznego w poradnictwie zawodowym nie możemy wiele powiedzieć, ponieważ mamy zbyt małe w tym zakresie doświadczenie. Fakty udzielenia pomocy przy ocenie założeń projektów inwestycyjnych nie pozwalają na razie wyciągnąć wniosków, jaki wpływ ma jego praca na zatrudnienie inwalidów.

ALEKSANDER NAUMAN
Dyrektor Sanatorium Rehabilitacyjnego
im. Hanki Sawickiej w Otwocku

ZAKRES OPIEKI LEKARSKIEJ NAD CHORYMI I OZDROWIEŃCAMI PO GRUŹLICY W SPÓŁDZIELCZOŚCI INWALIDZKIEJ

Chciałbym powiedzieć parę słów na temat rehabilitacji ozdrowieńców po gruźlicy płuc. Poważną rolę może tu odegrać spółdzielczość inwalidzka organizująca formy rehabilitacji zawodowej inwalidów po gruźlicy i innych schorzeniach. Większość Koleżanek i Kolegów zebranych na sali nie pracuje w dziedzinie ftyzjatrii, w związku z czym nie jest, być może, im znane nowe podejście do rehabilitacji chorych i ozdrowieńców po gruźlicy, które wpływa na możliwość pracy chorych i daje pewne wskazania co do kierunków leczenia.

Do niedawna możliwości wyleczenia z gruźlicy były kwestionowane przez wielu specjalistów. Gdy na zjeździe w Rokitnicy w 1953 r. przedstawiłem wypadki zupełnego wyleczenia — zostałem w kuluarach mocno skrytykowany za zbyt optymistyczną ocenę. Najznakomitsi specjaliści uważali, że gruźlica jest chorobą ciągnącą się na przestrzeni wielu lat i że nie ma możliwości przerwania jej w sposób zdecydowany i spowodowanie jej całkowitego wyleczenia.

Muszę przyznać, że — być może — wystąpiłem wtedy z nadmiernym entuzjazmem. Obecnie mamy jednak w tej dziedzinie duże osiągnięcia. Gruźlica wykryta odpowiednio wcześnie daje się wyleczyć w stu procentach. Takie jest dziś stanowisko autorytetów, specjalistów w tej dziedzinie.

Co nazywamy jednak tym wyleczeniem? Przed paru laty prof. Crofton, prezes Brytyjskiego Towarzystwa Ftyzjatrycznego, z okazji przyjazdu do Polski, przedstawił znakomite wyniki leczenia swoich pacjentów. Twierdził nawet, że zarówno problem chirurgii w gruźlicy, jak i rehabilitacji zawodowej odchodzi tam już na dalszy plan, ponieważ skuteczne, dostatecznie długie i na czas stosowane leczenie przeciwprątkowe doprowadza do pełnego wyleczenia gruźlicy. Tego rodzaju wypowiedź należy w naszych warunkach przyjmować z pewną ostrożnością. Zresztą wylecze-

nie, według Croftona, dotyczy raczej jedynie trwałego stanu odprątkowania chorych, a nie likwidacji choroby, w pełnym tego słowa znaczeniu.

Problem odprątkowania stanowił do niedawna rzeczywiście zadanie podstawowe. W wyniku prawidłowego leczenia problem ten udało się dziś na świecie rozwiązać. Przyjmuje się obecnie, że do 97% chorych daje się całkowicie odprątkować pod warunkiem wczesnego wykrycia zmian. W Wielkiej Brytanii przypadki takie uważa się za praktycznie wyleczone. Nie oznacza to jednak, że u tych wyleczonych chorych gruźlica nie pozostawia żadnych śladów w postaci blizn wpływających na zaburzenia w oddychaniu. Część więc chorych wyleczonych pozostaje inwalidami oddechowymi.

Sytuacja w Polsce w zakresie leczenia gruźlicy jest inna. Wielu lekarzy uważa, że jedynie około 30% chorych po wczesnym rozpoznaniu zmian przeprowadza prawidłowe leczenie i ma szanse całkowitego wyleczenia. Wśród świeżo wykrytych chorych około 15% ma zmiany zaawansowane. Pomimo więc możliwości odprątkowania liczba inwalidów z powodu gruźlicy jest u nas jeszcze znaczna. Jeśli w przyszłości uda nam się wcześniej wykrywać zmiany gruźlicze u wszystkich chorych, to będziemy mogli doprowadzić wszystkich do stanu niezaraźliwości, a tym samym odpadnie problem izolacji w pracy, tak trudny w warunkach normalnych zakładów pracy, a niemniej kłopotliwy również i w spółdzielczości inwalidzkiej.

Zapytać się można, czy tylko zaraźliwość dla otoczenia i konieczność izolacji dają wskazania do zatrudnienia chorych i ozdrowieńców po gruźlicy w spółdzielczości. O ile wiem, ani amputacja kończyn, ani gościec stawowy nie stwarzają niebezpieczeństwa zakażenia otoczenia, a przecież tym inwalidom stwarza się specjalne warunki pracy i otacza się ich opieką właśnie w spółdzielczości inwalidzkiej. Inwalidztwo oddechowe chorych i ozdrowieńców po gruźlicy nie jest natomiast tak łatwo dostrzegalne; stwarzać natomiast powinno niemniej istotne przesłanki do zatrudnienia w spółdzielczości inwalidzkiej.

Jak często powstaje inwalidztwo oddechowe u chorych i ozdrowieńców po gruźlicy? W odpowiedzi przytoczyć można dane Overratha i Zehnera z Niemiec Zachodnich, którzy przy dokładnej ocenie blisko 1 000 chorych z gruźlicą płuc jedynie u 15,7% badanych stwierdzili prawidłową wymianę gazową, 59,1% chorych miało nieznaczne upośledzenie oddychania, natomiast u 25,2% stwierdzono znaczne inwalidztwo oddechowe obniżające poważnie zdolność do pracy fizycznej.

W naszym Sanatorium Rehabilitacyjnym w Otwocku od lat zajmujemy się tym problemem. W 1959 r. analizując dokładnie

grupę 109 ozdrowieńców, głównie po leczeniu chirurgicznym, u 65,1% przypadków stwierdziliśmy niewydolność oddechową. W 1961 r. przed sympozjum międzynarodowym przeprowadziliśmy dokładne badanie fizjopatologiczne 499 ozdrowieńców po przebytych różnych formach gruźlicy. Okazało się, że ciężkie i mierne stany niewydolności oddechowej pomimo pełnej stabilizacji procesu chorobowego występowały u 39,8% badanych. Nawet nieznaczne upośledzenie oddechowe może powodować trudności przy wykonywaniu pracy fizycznej. Można więc stwierdzić, że mimo stosowania najnowocześniejszych metod leczenia skutki choroby gruźliczej nie dają się całkowicie zlikwidować. Ozdrowieńcy po gruźlicy, którzy na pozór wyglądają nieraz jak ludzie zdrowi, w pracy szybciej się męczą, nie nadążają z wykonaniem akordu, a poza tym powstawać mogą u nich łatwiej zaburzenia krążenia i oddychania, mogące przyczyniać się nawet do wznowienia choroby.

Jak dotąd, stan wydolności oddechowej chorych i ozdrowieńców po gruźlicy nie jest w Polsce należycie dokładnie oceniany. Możliwości takiego badania istnieją w niektórych centralnych przychodniach przeciwgruźliczych. W praktyce orzekanie o wydolności oddechowej odbywa się nieraz bez takich dokładnych badań. Tak jak kiedyś uważano, że obliczanie krwinek czerwonych jest bardzo trudne i wobec tego rozpoznawano nieraz niedokrwistość na podstawie wyglądu chorego, tak dziś istnieją wśród lekarzy jeszcze opory przed stosowaniem ścisłych badań wydolności narządu oddechowego. Bez takich badań właściwa ocena jest niemożliwa. Lekarze spółdzielczości powinni przyswoić sobie umiejętność posługiwania się testami orientacyjnymi (WKOS) oraz umiejętność wyciągania wniosków z wyników szczegółowych badań fizjopatologicznych (spirometria itd.).

Z kolei, pomimo postępów w leczeniu gruźlicy, nie widzimy dziś jeszcze w Polsce 97% wyleczeń i trudno przypuszczać, byśmy wyniki takie mogli osiągnąć w ciągu najbliższych lat. Stoi temu na przeszkodzie brak odpowiedniej liczby łóżek w sanatoriach, brak wyszkolonych kadr, brak aparatury, brak leków zastępczych itd. W tych warunkach nie można wykluczyć potrzeby względnej izolacji przy właściwym zatrudnieniu zarówno chorych, jak i ozdrowieńców. Problem prątkujących więc jeszcze u nas nie wygasł; chorzy, nawet jedynie okresowo prątkujący, nie mogą pracować w normalnych zakładach pracy, szerzą tam bowiem zakażenie. Nie jest tajemnicą, że chorzy nasi po wyjściu z zakładu lecznictwa zamkniętego nieraz przestają się leczyć. A przecież, aby osiągnąć trwałe odprątkowanie, trzeba podawać leki przeciwprątkowe co najmniej przez okres 15—18 miesięcy. Jeśli przyjmowanie leków ustanie, chorzy odprątkowani stać się

mogą ponownie źródłem zakażenia. Stąd jednym z bardzo istotnych zadań lekarza spółdzielni jest dopilnowanie, aby zatrudnieni inwalidzi gruźliczy pobierali systematycznie leki przeciwprątkowe.

Chorzy stale prątkujący powinni być zasadniczo zatrudniani jedynie chałupniczo. Jednak w naszych złych warunkach mieszkaniowych jest to czasem nawet przeciwwskazane ze względu na duże zagęszczenie mieszkań. Dodatkowym kłopotem jest odkażanie wyrobów. Część więc chorych przewlekle powinna przejść na rentę i wcale nie pracować, dla innych, z lepszym rokowaniem, należałoby tworzyć w ramach spółdzielczości inwalidzkiej wydzielone zakłady pracy chronionej.

W przyszłości, gdy nie będzie już problemu chorych prątkujących, głównym zadaniem spółdzielczości inwalidzkiej w odniesieniu do gruźlików pozostanie zagadnienie zatrudnienia inwalidów oddechowych. W stosunku do tych ozdrowieńców z niewydolnością oddechową jako jedno z pierwszych zadań wysuwa się sprawa odpowiedniego normowania pracy, tak by ci inwalidzi pracę mogli wykonywać i aby nie zarabiali przy tym mniej niż pracownicy zdrowi. W naszym ustroju niedopuszczalna jest degradacja społeczna z powodu choroby, która przecież nie jest „karą za grzechy", ale nieszczęśliwym wypadkiem losowym spadającym na człowieka.

Lekarze spółdzielczości powinni utrzymywać ścisły kontakt z poradnią przeciwgruźliczą sprawującą specjalistyczną opiekę nad inwalidami. Powinni być obeznani z problematyką ftyzjatryczną i ściśle współpracować z ftyzjatrami. Przy Spółdzielni im. Nowotki w Warszawie zorganizowaliśmy poradnię przeciwgruźliczą ze względu na dużą liczbę chorych na gruźlicę zatrudnionych w tej spółdzielni. Z poradni tej powinni korzystać również chorzy pracujący w innych spółdzielniach oraz lekarze spółdzielczości opiekujący się tymi chorymi.

Duże zadanie spada na lekarza spółdzielni w dziedzinie zapewnienia zatrudnionym inwalidom odpowiednich warunków bezpieczeństwa i higieny pracy. Ostatnio miałem możność zapoznania się z poradnią przeciwgruźliczą w Pułtusku i ze spółdzielnią działającą na tamtym terenie. To, co zobaczyłem, było po prostu zaskoczeniem. W spółdzielni zatrudnieni są razem gruźlicy i niegruźlicy, razem 100 osób. Warunki pracy są antysanitarne: pomieszczenia zbyt zagęszczone i zadymione (wszyscy palą), piece żelazne, lokal nie odremontowany. Wynagrodzenie za pracę jest niskie, a kierownictwo spółdzielni nie wykazuje żadnej troski o poprawę tej sytuacji. Ocena ta jest może ostra, ale są to sprawy, o których trzeba mówić, których nie wolno pomijać milczeniem.

Pytałem w spółdzielni w Pułtusku, czy lekarz przeprowadza kontrolę wagi inwalidów. Oczywiście nie, chyba że przed skierowaniem na KIZ, a przecież kontrola wagi należy do abecadła postępowania lekarskiego.

W stosunku do rent należy wspomnieć, że u nas w Polsce zbyt mało wykorzystuje się dobrodziejstwa dekretu przewidującego możliwość przyznania rent wyrównawczych. Lekarze spółdzielni oraz poradni powinni przyswoić sobie znajomość artykułów dekretu o zaopatrzeniu inwalidzkim.

Mówiąc o zadaniach lekarza spółdzielni, wspomnę jeszcze o nadzorze nad przestrzeganiem godzin pracy. Istnieje zarządzenie zabraniające chorym i ozdrowieńcom po gruźlicy pracować w godzinach nadliczbowych. Niestety zjawisko przekraczania godzin pracy, związane może z nierytmicznością produkcji, często występuje w spółdzielniach inwalidzkich, a zarządy spółdzielni zbyt mało liczą się z tym, że w ślad za przepracowaniem nastąpi pogorszenie stanu zdrowia zatrudnionych.

Wreszcie wspomnę o doniosłej decyzji centralnych władz spółdzielczości, która umożliwiła wydawanie chorym i ozdrowieńcom po gruźlicy dożywki w postaci pół litra mleka i tranu. Lekarze spółdzielczości powinni dopilnować, aby spółdzielnie terenowe stosowały to w praktyce. Przyczyni się to do zmniejszenia liczby nawrotów w gruźlicy.

Chciałbym jeszcze przypomnieć, jak ważny jest współudział lekarza przy projektowaniu nowych inwestycji. Osobiście jestem zdania, że trzeba przejść na budownictwo systemem barakowym zapewniającym właściwą kubaturę i odpowiednie warunki dla chorych, a zrezygnować z wytwornych i wyposażonych w kosztowne urządzenia gmachów. Tam, gdzie pracują chorzy i ozdrowieńcy po gruźlicy, należy przeprowadzać remont co najmniej raz na 2 lata. Lekarze powinni mieć również głos w sprawach doboru nowych branż i rodzajów produkcji.

Kończąc swoją wypowiedź życzę wszystkim Koleżankom i Kolegom owocnej pracy i wyrażam pragnienie, aby współpraca pomiędzy nami ftyzjatrami a lekarzami ogólnymi zacieśniała się z roku na rok.

MARIA DAMASIEWICZ
Inspektor Lekarski OZSI Kraków

OPIEKA LEKARSKA NAD CHORYMI I OZDROWIEŃCAMI PO GRUŹLICY W SPÓŁDZIELNI INWALIDÓW „ODRODZENI" W KRAKOWIE

Skromne spostrzeżenia, jakimi w referacie chcę się podzielić, oparte są na doświadczeniach jednego tylko zakładu pracy chronionej przy Spółdzielni Inwalidów „Odrodzeni" w Krakowie, i to głównie na obserwacjach prowadzonych systematycznie przez lekarza zakładowego spółdzielni dra Mieczysława Piskozuba.

Fragmentaryczność informacji i brak pełni wniosków wynikają z faktu, że zakład pracy chronionej dla chorych i ozdrowieńców po gruźlicy istnieje dopiero około pół roku. Jakkolwiek bowiem Spółdzielnia Inwalidów „Odrodzeni", której celem miało być zatrudnienie chorych i ozdrowieńców po gruźlicy, została zorganizowana w II połowie 1957 r., to w początkowym stosunkowo długim okresie, prowadziła działalność w zasadzie jedynie w formie pracy chałupniczej. Dopiero w sierpniu 1960 r. dzięki przyznanej przez ZSI dotacji z Funduszu Specjalnego, przystąpiono do adaptacji pomieszczeń będących w posiadaniu spółdzielni na zakład pracy chronionej. Prace adaptacyjne trwały do końca 1961 r., jednak dopiero od września zakład ma dostateczne warunki do prowadzenia działalności rehabilitacyjnej. W okresie bowiem od kwietnia do końca sierpnia trudności natury organizacyjnej uniemożliwiły wykorzystanie części pomieszczeń (pokój do wypoczynku i odkażalnia) zgodnie z ich przeznaczeniem.

Zasadnicze jednak trudności napotkała spółdzielnia w doborze kandydatów do pracy. W ciągu 4 pierwszych miesięcy istnienia zakładu nie zdołano skompletować załogi nawet na jedną zmianę (12 osób). Mimo stałego kontaktu z kierownikiem Poradni Rehabilitacyjnej przy Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej w Krakowie oraz starań ze strony zarządu spółdzielni, Oddziału Produktywizacji Inwalidów Prezydium Rady Narodowej m. Krakowa i Okręgowego Związku Spółdzielni Inwalidów, inwalidzi kierowani do pracy albo wręcz nie zgłaszali się do spółdzielni,

albo w bardzo krótkim czasie po podjęciu pracy rezygnowali z niej.

W związku z planowaną produkcją, a mianowicie szyciem bielizny pościelowej, do pracy kierowane były wyłącznie kobiety, które wysuwały szereg argumentów uzasadniających, w ich przekonaniu, konieczność przydzielenia im pracy chałupniczej.

Znaczna płynność załogi uniemożliwiła rozpoczęcie szkolenia zawodowego i wprowadzenie właściwego procesu technologicznego, co miało zapewnić zatrudnionym odpowiednią wysokość zarobków. Stabilizacja załogi nastąpiła dopiero częściowo w lipcu 1961 roku i w tym miesiącu rozpoczęto szkolenie. Do dnia dzisiejszego jednak 2 stanowiska pracy nie są obsadzone.

Obecnie na obu zmianach pracują 22 osoby, tj. po 11 osób na każdej zmianie.

Wszystkie pracownice zaliczone są do grupy „G" wg podziału na rodzaje inwalidztwa przyjętego w spółdzielczości inwalidzkiej.

Do I grupy rehabilitacyjnej zaliczono 16 osób, do II — 5 osób i do III — 1 osobę.

Zgodnie z orzeczeniami Komisji do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia do grupy III zaliczono 16 osób, do grupy II — 6 osób.

Rozpiętość wieku zatrudnionych jest duża: od 19 do 52 lat, ale z przewagą w wieku od 19 do 28 lat.

Kobiet zamężnych jest 10, z tego 9 obarczonych dziećmi w liczbie od 1 do 3, niezamężnych 12, z tego jedna ma na utrzymaniu dziecko.

Badając poziom wykształcenia zatrudnionych kobiet stwierdza się, że 2 mają wykształcenie średnie, jedna niepełne średnie, 18 pozostałych ma zaledwie 4—7 klas podstawowych. Jedna pracownica nie posiada żadnego wykształcenia.

20 pracownic mieszka stale na terenie Krakowa, 2 zaś poza Krakowem. Jedna z nich jest obecnie czasowo zameldowana w Krakowie, więc praktycznie do pracy nie dojeżdża, a druga traci na dojazd autobusem 2 godziny dziennie.

Analizując warunki bytowe pracownic stwierdzono, że budżet rodzinny mężatek (wg ich informacji) waha się w granicach od 700 do 2 500 zł. Niezamężne żyją przy rodzinach.

Średnie zarobki w zakładzie wynoszą od 600 do 800 zł miesięcznie. Górną granicę osiągają te pracownice, które już wcześniej posiadały zawód krawcowej. Należy tu nadmienić, że bez zawodu przyszło do zakładu 18 kobiet, z zawodem krawcowej — 3, stenotypistyki — 1.

W wyniku szkolenia przeprowadzonego w zakładzie, 19 osób przyuczono do zawodu (w tym jedna osoba była poprzednio stenotypistką). Osoby świeżo przyuczone do zawodu w początkowym

okresie, tj. w pierwszych dwóch miesiącach, zarabiały 300 do 400 złotych miesięcznie.

W trakcie szkolenia pracownice korzystały ze stypendium w wysokości 550 zł miesięcznie, niezależnie od zarobku wynikającego z karty pracy. Obecnie po 3 miesiącach pracy zarabiają po 600—800 zł miesięcznie.

Zarząd spółdzielni ustalając normy obliczył możliwość zarobków po uzyskaniu pełnej sprawności zawodowej w wysokości 1 000 zł miesięcznie przy 6-godzinnym dniu pracy.

Wracając jeszcze do grup rehabilitacyjnych warto wspomnieć z jakimi postaciami zmian gruźliczych mamy do czynienia w poszczególnych grupach reprezentowanych przez zatrudnione w spółdzielni pracownice.

Do grupy I rehabilitacyjnej zaliczono 16 osób, w tym:

z gruźlicą włóknisto-guzkową i guzkową — 15 osób
z gruźlicą naciekową w fazie wyrównania — 1 osoba
stan po gruźlicy jamistej płuc w fazie wyrównania — 1 osoba.

Grupa ta obejmuje ozdrowieńców, u których nie stwierdzono poprzednio nigdy prątków w plwocinie, osoby z pełną wydolnością wysiłkową, nie mające na swym koncie stanów niewyrównania, lub jeśli je notowano to długość tych okresów nie przekraczała 3 miesiące i pod wpływem leczenia szybko następowała stabilizacja.

Do grupy rehabilitacyjnej II zaliczono 5 osób, w tym:

z gruźlicą płuc naciekową w fazie włóknienia — 3 osoby
z gruźlicą włóknisto-guzkową w fazie chwiejnej — 1 osobę
oraz po dekortykacji — 1 osobę.

Do grupy tej zalicza się ozdrowieńców, którzy mają nieco obniżoną wydolność wysiłkową, dłuższą historię choroby, a charakterystyczny dla tej grupy jest stan likwidacji stwierdzonego poprzednio rozpadu względnie rozleglejszych nacieków i rozsiewów.

W grupie rehabilitacyjnej III zatrudnione są 2 osoby, w tym:

z gruźlicą naciekowo-jamistą w fazie chwiejnej, BK (—) — 1 osoba i
po odmie pozaopłucnowej — 1 osoba.

W grupie tej są osoby przewlekle chore, ale z dobrym ogólnym samopoczuciem, z utrzymującą się nieraz małą jamą, z reguły jednostronną i ewentualnym związanym z tym okresowym, skąpym prątkowaniem.

W toku obserwacji lekarskiej na terenie zakładu pracy, lekarz zakładowy, podejrzewając u pracownicy będącej po odmie pozaopłucnowej zaostrzenie procesu chorobowego, skierował ją na kontrolne badanie do poradni przeciwgruźliczej, gdzie stwierdzono nowy rzut gruźliczy. W lewym płucu wypadła jama wielkości orzecha włoskiego. Poprzednio stosowana była prawostronna odma pozaopłucnowa. Pracownica ta obecnie korzysta ze zwolnienia lekarskiego i, jak informowała lekarza zakładowego poradnia przeciwgruźlicza, została skierowana na leczenie sanatoryjne.

Wszystkie pracownice zakładu podlegają okresowej kontroli stanu zdrowia w poradni przeciwgruźliczej i żadna z nich, jak wykazały ostatnie badania bakteriologiczne, nie prątkuje.

Z kolei należałoby się zastanowić nad warunkami pracy w zakładzie chronionym. Otóż, jak już wspomniałam, spółdzielnia nie dysponowała nowym lokalem, a jedynie mogła dokonać adaptacji już istniejących pomieszczeń o łącznej kubaturze 820 m^3, z całości zatem na jednego pracownika przypada 37,3 m^3, a w hali produkcyjnej, co jest istotne, 21,4 m^3 na 1 pracownika.

W pomieszczeniach jest centralne ogrzewanie, odpowiednia wentylacja, dużo światła naturalnego, oświetlenie sztuczne jarzeniowe.

Praca odbywa się systemem taśmowym, przy czym wszystkie maszyny są wyposażone w motorki elektryczne.

Wyrównany poziom przygotowania zawodowego nie wprowadza stanu napięcia nerwowego w toku wykonywania pracy, tym bardziej że atmosfera wśród pracowników, zwłaszcza tej zmiany, która została wcześniej zorganizowana, jest bardzo dobra. Jedna z pracownic — z zawodu krawcowa — pełni funkcję brygadzistki i pomagając słabszym, udzielając dodatkowych (poza zasadniczym szkoleniem) wskazówek praktycznych, podnosi poziom ich pracy. Zmiana „młodsza" jeszcze nie zgrała się całkiem, ale — jak wiadomo — czas robi swoje, także i wśród tej grupy należy spodziewać się wkrótce lepszej atmosfery.

Z innych pomieszczeń zakładu poza halą produkcyjną mamy mały pokój do śniadań i odpoczynku, odkażalnię zaopatrzoną w 2 lampy kwarcowe wykorzystywane do odkażania produkcji, magazyn, krojownię oddzieloną zupełnie od hali produkcyjnej i zatrudniającą zdrowych pracowników. Pomieszczenia sanitarne przystosowane są do potrzeb zakładu zatrudniającego kobiety.

Jedno z pomieszczeń zakładu wydzielono na gabinet lekarski, który w pełni wyposażono. Zatrudniony lekarz ma II stopień specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych i I stopień specjalizacji z zakresu rehabilitacji leczniczej. Umowa lekarza ze spół-

dzielnią opiewa na 3,5 godziny pracy dziennie, 12 godzin miesięcznie przyznał wydział zdrowia i opieki społecznej.

W ambulatorium jest również zatrudniona na 3,5 godziny dziennie pielęgniarka o wysokich kwalifikacjach zawodowych i z 17-letnim stażem pracy. Oczywiście opieką lekarsko-pielęgniarską objęta jest cała załoga spółdzielni — nie tylko pracownice zakładu pracy chronionej.

Wszystkie pracownice zakładu, jak zresztą całej spółdzielni, mają założone i prowadzone karty badań kontrolnych inwalidy.

W sprawach dotyczących zasadniczego schorzenia lekarz jest w stałym kontakcie z kierownikiem Poradni Rehabilitacyjnej przy Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej. Kierownik poradni bywa raz w miesiącu na terenie zakładu. Częste konsultacje lekarza zakładowego z kierownikiem poradni mają na celu omówienie poszczególnych przypadków, opracowanie wyników obserwacji i ustalenie toku postępowania w odniesieniu do zatrudnionych ozdrowieńców po gruźlicy. Część pracownic stosuje nadal chemioterapię zaleconą przez rejonowe poradnie przeciwgruźlicze. Nad tokiem leczenia, regularnością pobierania leków w godzinach pracy czuwa pielęgniarka zakładowa.

Pracownice, u których lekarz stwierdził niedobór wagi, otrzymywały środki wzmacniające i witaminy. W ciągu stosunkowo krótkiego czasu stwierdzono u 5 osób przyrost wagi od 800 do 1 000 g. Niewątpliwie wpłynęła na to poprawa warunków bytowych przez uzyskanie możliwości zarobkowania, a więc większa stabilizacja, może większa regularność życia wynikająca z pracy poza domem, ale przede wszystkim świadczy to chyba wyraźnie o właściwie dobranej pracy i dobrej atmosferze w pracy. Ogólnie rzecz biorąc są to pozytywne objawy.

Pielęgniarka zakładowa co miesiąc dokonuje kontroli wagi osób z niedoborem wagi, pozostałe zaś osoby ważą się przy zgłaszaniu się po poradę lekarską, co najmniej jednak raz w kwartale.

Stosunkowo od niedawna wprowadzono również cotygodniowe kontrole temperatury ciała u wszystkich pracownic zakładu, wychodząc z założenia, że utrzymujące się stany podgorączkowe mogą być jednym z pierwszych sygnałów zaostrzenia się procesu gruźliczego. W efekcie stwierdzono 2 przypadki ze stanami podgorączkowymi. W jednym z nich lekarz zakładowy stwierdził nieżyt oskrzeli, w drugim anginę. Pracownice te nie zgłosiły się same do lekarza mimo złego samopoczucia, gdyż nie chciały korzystać ze zwolnienia chorobowego ze względu na zarobki.

Chore, które skarżą się na dolegliwości nie związane z przebytym procesem gruźliczym, są w wielu przypadkach kierowane na badania pomocnicze i specjalistyczne. Ogółem wydano 29 skierowań na tego typu badania, w tym na badania pomocnicze skie-

rowano 23 osoby, a na badania specjalistyczne 6 osób (były to badania okulistyczne, laryngologiczne, chirurgiczne i ginekologiczne).

Na ogół pracownice bardzo chętnie korzystają z porad swojego lekarza. Na ogólną liczbę zatrudnionych dotychczas tylko 2 osoby, i to przyjęte w ostatnim okresie bez badania kwalifikacyjnego, nie korzystały z porad lekarskich.

W okresie od uruchomienia zakładu udzielono w sumie 68 porad lekarskich (poza poradami z powodu gruźlicy).

Dokumentację porad ambulatoryjnych lekarz prowadzi na osobnej karcie chorobowej stanowiącej wkład do karty badań kontrolnych inwalidy. Karta badań kontrolnych inwalidy obrazuje w pełni stan zdrowia każdego pracownika i, jak wykazała praktyka, jest traktowana jako bardzo poważny materiał przez komisje do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, które też chętnie z niej korzystają w tych nielicznych przypadkach, gdy lekarz zakładowy sam nie może wziąć udziału w komisji.

Najczęściej lekarz zakładowy spółdzielni bierze udział w posiedzeniach komisji do spraw inwalidztwa i zatrudnienia. Efektem tego jest znacznie mniejszy niż poprzednio odsiew inwalidów przy badaniach kontrolnych. Wszystkie pracownice mają aktualne orzeczenia KIZ, jakkolwiek okres ich ważności jest na ogół krótki, bo od 6 miesięcy do 2 lat.

Po dokładnym przeanalizowaniu kart chorobowych stwierdzono, że z innych schorzeń poza gruźlicą występują: nieżyty spojówek, obserwowane szczególnie u pracownic w czasie pracy na II zmianie, gdyż zmiana ta pracuje przy sztucznym świetle. Poza tym organiczne schorzenia mięśnia sercowego nie ujęte w orzeczeniach KIZ, niedokrwistość wtórna, awitaminoza, choroba reumatyczna, nieżyty górnych dróg oddechowych (obie jednostki wykazują teraz typowe jesienne nasilenie), choroby żołądka i dróg żółciowych obserwowane zwłaszcza w grupie kobiet starszych.

Każda pracownica w razie złego samopoczucia lub osłabienia może korzystać z pokoju do wypoczynku oraz z leków pierwszej pomocy, w które jest zaopatrzona podręczna apteczka.

Należy jeszcze wspomnieć o planie dnia w zakładzie. Jak już mówiłem, praca w zakładzie odbywa się na dwie zmiany. Każda zmiana pracuje 6 godzin. Pierwsza od godz. 8 do 14 i druga od godz. 14 do 20. Każda zmiana po 3 godzinach pracy korzysta z 20-minutowej przerwy. W czasie przerwy pracownice przechodzą do pokoju wypoczynku, gdzie już czeka na nie przygotowany przez brygadzistkę posiłek w postaci 1/2 litra ciepłego mleka. W tym czasie wietrzy się halę produkcyjną. Po wypiciu mleka (nie zdarzyło się wyniesienie go poza zakład) i ewentualnie zje-

dzeniu przyniesionego z domu śniadania czy podwieczorku, pracownice wracają do hali produkcyjnej, gdzie odbywa się 10-minutowa gimnastyka oddechowa pod kierunkiem pielęgniarki lub przyuczonej w tym kierunku brygadzistki — po czym następuje powrót do pracy. Praca odbywa się w odzieży ochronnej, którą stanowią białe chałaty. Po zakończeniu pracy I zmiany salę sprząta się prowizorycznie „na mokro". Pełne sprzątanie zakładu odbywa się w godzinach wieczornych po zakończeniu pracy przez II zmianę.

Mierzenie temperatury ciała, którego, jak już wspomniałem, dokonuje się raz w tygodniu, pielęgniarka przeprowadza w ciągu pracy. Nie powoduje to dodatkowej przerwy, gdyż maszyny do szycia zaopatrzone są w motorki elektryczne, w związku z czym lewa kończyna górna wykonuje minimalne czynności, tak że można założyć termometr na okres 10 minut.

Lekarz zakładowy w dniach swojej pracy w ambulatorium wizytuje halę produkcyjną, wypytując każdą pracownicę, o jej samopoczucie, wysłuchuje skarg zarówno odnoszących się do stanu zdrowia, jak i warunków pracy, obserwuje postępy w technicznym opanowaniu sposobu produkcji przez poszczególne pracownice, rozmawia z tymi, którym praca stwarza jeszcze trudności, by ustalić czy trudności te są wynikiem złego stanu zdrowia, czy braku należytej wprawy. W dniach, w których lekarza nie ma na terenie zakładu, wizytuje halę sama pielęgniarka.

Spożywanie posiłku w zakładzie pracy odbywa się zawsze pod okiem pielęgniarki lub brygadzistki.

Pewne trudności miał personel lekarsko-pielęgniarski z wprowadzeniem gimnastyki oddechowej. Obecnie zostały one już prawie całkowicie pokonane drogą perswazji.

Do obowiązków pielęgniarki zakładowej, poza codzienną kontrolą czystości w zakładzie, czuwaniem nad stosowaniem środków odkażających, kontrolą temperatury pomieszczeń, wietrzeniem itp., należy wygłoszenie raz w tygodniu krótkiej pogadanki z zakresu oświaty sanitarnej, higieny osobistej i higieny współżycia tak domowego, jak i na terenie zakładu pracy. Pogadanki te wytworzyły harmonijny stosunek między pracownicami, a lekarzem czy pielęgniarką, przyczyniły się do opanowania atmosfery pewnej nerwowości, jaką obserwowano w początkowym okresie uruchomienia zakładu. W efekcie właściwego podejścia pielęgniarki do pracownic, nacechowanego dużym taktem i wyczuciem sytuacji, uzyskano pełne zaufanie zatrudnionych w zakładzie do służby lekarskiej. Stąd też pracownice obecnie zwracają się do lekarza bądź pielęgniarki nie tylko w sprawach dotyczących ich zdrowia, ale i ze swoimi osobistymi kłopotami, które w miarę możności są przez personel lekarsko-pielęgniarski rozwiązywane. W razie ko-

nieczności lekarz interweniuje bezpośrednio w zarządzie spółdzielni, np. w sprawach mieszkaniowych, umieszczenia dziecka w żłobku czy w prewentorium, uzyskania protezy dentystycznej itp.

W jednym przypadku opieka lekarsko-pielęgniarska wyszła daleko poza zakład pracy. Pracownica podała, że ma złe warunki mieszkaniowe, co skonfrontowano ze stwierdzonym przez lekarza aktualnym stanem zdrowia, przemawiającym za możliwością wywiązania się czynnego procesu chorobowego. W związku z tym pielęgniarka odwiedziła pracownicę w domu, aby zorientować się w warunkach z punktu widzenia sanitarno-epidemiologicznego. Pracownica ta mieszka w jednej izbie z mężem inwalidą — chałupnikiem i córką uczennicą zasadniczej szkoły handlowej, która — jak wynikło z wywiadu — właśnie otrzymała skierowanie na praktykę do sklepu spożywczego. Z uwagi na to, że warunki mieszkaniowe okazały się rzeczywiście bardzo trudne, lekarz wystąpił do komisji socjalno-bytowej Rady Spółdzielni, by ta postarała się o poprawę warunków mieszkaniowych. Obecnie sprawa jest w toku załatwiania.

Pielęgniarka odmówiła Zarządowi Spółdzielni dokonywania kontroli osób będących w okresie zwolnienia chorobowego z punktu widzenia dyscypliny pracy. Natomiast odwiedza chore pracownice zakładu w celu stwierdzenia, czy przestrzegają zaleceń lekarskich, jaki jest ich stan zdrowia, czy niepotrzebna im jest pomoc pielęgniarki. Takie podejście do podopiecznych wytwarza naprawdę cieplarnianą atmosferę, ale należy zauważyć, że jest w pełni możliwe wówczas, gdy liczba wszystkich zatrudnionych nie jest duża, a zakład pracy chronionej dla ozdrowieńców po gruźlicy ma kilkunastu do kilkudziesięciu pracowników, personel zaś lekarsko-pielęgniarski jest w pełni zorientowany w zadaniach, jakie ma spełniać w spółdzielczości inwalidzkiej. Przy takiej opiece absencja chorobowa, przy uwzględnieniu typu zakładu, nie jest duża. Jak wykazała analiza, w okresie istnienia zakładu 2 osoby uzyskały z powodu gruźlicy łącznie 20 dni zwolnienia, z tego 10 dni przyznał lekarz zakładowy, a 10 dni poradnia przeciwgruźlicza.

Absencja nie związana z zasadniczym schorzeniem dotyczyła 3 osób i łącznie wyniosła 13 dni. Dwa przypadki wychwycone zostały w czasie obowiązkowej kontroli temperatury ciała, a 1 osoba sama zgłosiła się po poradę lekarską. Wszystkie 3 zwolnienia związane były z okresem nasilenia się chorób z tzw. przeziębienia.

Jak już we wstępie nadmieniłam, spostrzeżenia z naszego zakładu obejmują bardzo krótki okres. Niewątpliwie przy dłuższej

obserwacji można będzie więcej powiedzieć o wpływie pracy na sam proces rehabilitacji zarówno fizycznej, jak i psychicznej.

Spodziewamy się, że poprawienie nastroju psychicznego tych ludzi przez stworzenie im możliwości pracy i to właśnie pozadomowej, będącej silniejszym bodźcem do włączenia się w normalny bieg życia niż praca chałupnicza, przy równoczesnym stworzeniu odpowiednich warunków i przy rozsądnej trosce o zdrowie, wpłynie zdecydowanie korzystnie na przebieg powrotu do zdrowia.

JÓZEF WOSZCZEK
Inspektor Lekarski WZSI w Rzeszowie

ANALIZA, EWIDENCJA I SPOSOBY PROWADZENIA DOKUMENTACJI ABSENCJI CHOROBOWEJ W SPÓŁDZIELNIACH INWALIDÓW

Absencja chorobowa jest wynikiem spowodowanej chorobą niezdolności do pracy. Obowiązujące przepisy orzecznictwa o niezdolności do pracy rozróżniają: 1) czasową niezdolność do pracy, podczas której przysługują zasiłki chorobowe przewidziane w przepisach ubezpieczeń społecznych oraz 2) długotrwałą lub trwałą niezdolność do pracy, w czasie której przysługują renty.

Przez czasową niezdolność do pracy rozumie się niemożność wykonywania zatrudnienia nie przekraczającą okresu zasiłku chorobowego trwającego do 26 tygodni (182 dni), a w przypadkach rokujących wyzdrowienie do 39 tygodni (243 dni), jeśli natomiast chodzi o chorych na gruźlicę płuc, to odpowiednio do 39 tygodni (243 dni) lub 52 tygodni (364 dni). Orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy wydają zakłady społeczne służby zdrowia, a przy stanach długotrwałej niezdolności do pracy trwającej ponad podane okresy albo niezdolności trwałej Komisja Inwalidztwa i Zatrudnienia w oparciu o przepisy o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym.

Zasadniczą cechą różniącą absencję chorobową od absencji spowodowanej innymi przyczynami, względnie od absencji nie usprawiedliwionej, jest to, że musi ją zalegalizować lekarz wydając zwolnienie od pracy z powodu choroby. A więc absencja chorobowa jest tą częścią absencji ogólnej, która interesuje przede wszystkim służbę zdrowia. Każda absencja w pracy, w tym również absencja chorobowa, powoduje określone straty ekonomiczne, a nieraz bardzo poważne zaburzenia w produkcji. Dlatego zjawiskiem tym zainteresowani są ekonomiści i organizatorzy produkcji przemysłowej zwłaszcza od strony ilościowego ujęcia strat, jakie z powodu absencji chorobowej ponosi gospodarka narodowa oraz oceny ekonomicznej efektywności i opłacalności środków przeznaczonych na profilaktykę w celu zmniejszenia absencji chorobowej.

Czasowo niezdolny do pracy robotnik otrzymuje zasiłek chorobowy zamiast normalnej płacy, którą otrzymałby, gdyby się stawił do pracy. Zasiłek chorobowy, stanowiący tylko część zarobku robotnika, jest wypłacany z funduszu ubezpieczeń, wskutek czego zostają zaoszczędzone kwoty z funduszu płac. Istotne straty spowodowane absencją chorobową leżą nie tyle w sumach wypłaconych zasiłków chorobowych, ale przede wszystkim w wartości produktu nie wykonanego z powodu absencji plus straty wynikające z dezorganizacji przez absencję procesu produkcyjnego, plus koszty leczenia, wypłacenie rent itp.

Według danych z 1958 roku absencja chorobowa w Polsce wynosiła 11,8 dni roboczych na każdego zatrudnionego w gospodarce uspołecznionej, na zasiłki chorobowe (tylko w przemyśle) wypłacono 2 472 miliony złotych, a wartość produktu globalnego nie wykonanego z powodu absencji chorobowej wynosiła szacunkowo około 18 miliardów złotych. Absencja chorobowa i wszystkie zagadnienia z nią związane powodują straty rzędu około 20 miliardów złotych rocznie, dlatego też zasługują na specjalne badania, już nie tylko przez lekarzy, ale również przez ekonomistów i organizatorów produkcji. Do gruntownej analizy zjawiska absencji chorobowej nie wystarcza dokładna ocena strat gospodarczych, jakie ono wywołuje, ale konieczne jest także określenie czynników, jakie wpływają na poziom absencji, a w szczególności tych, które łatwo będą się poddawać celowemu działaniu zmierzającemu do obniżenia liczby dni straconych z powodu choroby.

Nasilenie absencji chorobowej zależy od wielu czynników, a mianowicie: 1) od ogólnej sytuacji zdrowotnej w kraju, 2) od składu załogi robotniczej pod względem płci i wieku (wśród robotników starszych stwierdza się większą absencję chorobową niż wśród młodszych, wśród kobiet — zwłaszcza obarczonych rodzinami — większą niż wśród mężczyzn), 3) od stanu kultury ogólnej i sanitarnej, 4) od bodźców ekonomicznych (wiadomo, że w krajach kapitalistycznych absencja chorobowa spada, kiedy pogarsza się koniunktura i narasta bezrobocie, 5) od środowiska pracy i branż produkcyjnych. Na przykład wskaźnik absencji w zakładach chemicznych wynosi 4,5% i jest większy niż w zakładach włókienniczych, gdzie wskaźnik absencji wynosi około 3,1%.

Od środowiska pracy zależy nie tylko nasilenie absencji chorobowej, ale także rodzaj choroby. Na przykład najwyższą absencję z powodu chorób układu krążenia stwierdza się w zakładach włókienniczych i hutniczych, a najmniejszą w przemyśle metalowym, w którym natomiast większa jest absencja z powodu chorób ropnych skóry i urazowości.

Na ten stan ma wpływ najprawdopodobniej fakt, że w przemyśle włókienniczym i hutniczym duża część załogi stale pracuje w gorącym i często wilgotnym mikroklimacie, a w przemyśle metalowym robotnicy są narażeni na mikrourazy, działanie firmowych chłodziw, smarów i różnych olejów. Przytoczone dane wyraźnie wskazują na istnienie ścisłego związku między nasileniem absencji chorobowej i rodzajami schorzeń, a warunkami pracy. Z przeprowadzonych badań wynika, że źródłem około 25—30% absencji chorobowej w naszym kraju są niewłaściwe warunki pracy, co jest zgodne z danymi zagranicznymi.

Służba zdrowia również należy do tych czynników, które wpływają na kształtowanie się absencji chorobowej. Praktyka wykazuje, że średni czas trwania zwolnień chorobowych wydawanych przez placówki przemysłowej służby zdrowia jest krótszy niż w lecznictwie terenowym. Jedynym racjonalnym wytłumaczeniem tego zjawiska jest fakt, że lekarz zakładowy, znający lepiej niż lekarz terenowy rodzaj i środowisko pracy oraz samego chorego, może bardziej obiektywnie ocenić okres jego niezdolności do pracy. Badania Fortuina wykazały, że lekarze, którzy dawali zwolnienia dłuższe, mieli krótszy staż pracy i mniejsze doświadczenie w przemysłowej służbie zdrowia oraz gorszą znajomość warunków pracy. Autor ten podkreśla również, że lekarz mający możność szybkiego korzystania z nowoczesnych metod diagnostycznych (laboratorium, rentgen, elektrokardiograf itp.), prędzej ustala rozpoznanie choroby, nie tracąc czasu na dłuższą obserwację pacjenta. Lekarz pozbawiony tych udogodnień traci więcej czasu na obserwację chorego i ostateczne ustalenie rozpoznania.

Na krótkie omówienie zasługują wreszcie zwolnienia nieuzasadnione z punktu widzenia lekarskiego (symulacja, pomyłki lekarskie, zwolnienia grzecznościowe itp.).

Badania przeprowadzone w 1958 r. przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi wykazały istnienie nieuzasadnionych zwolnień chorobowych w ilości 5% przypadków. Ponieważ dotyczyły one głównie przypadków kilkudniowej absencji, udział zwolnień nieuzasadnionych w całej absencji chorobowej nie przekraczał 3%. Natomiast ZUS tylko w pierwszym półroczu bieżącego roku zakwestionował zwolnienia lekarskie, w związku z czym wstrzymał wypłatę zasiłków na sumę 1 miliona złotych.

Absencja chorobowa w spółdzielczości inwalidzkiej jest zagadnieniem wybitnie specyficznym i bardzo istotnym, ponieważ z jednej strony spółdzielnia zatrudnia inwalidów, którym stan zdrowia nie pozwolił na pracę w normalnych warunkach, a z drugiej strony jest przedsiębiorstwem samodzielnym i na własnym rozrachunku. Mimo że Związek Spółdzielni Inwalidów zatrudnia

około 75% inwalidów, wypracował w roku 1960 zysk około 275 milionów złotych.

Zysk jest w znacznym stopniu zależny od kształtowania się absencji chorobowej.

Na kształtowanie się absencji chorobowej w spółdzielniach inwalidów wpływają nie tylko czynniki już wymienione, ale także dodatkowe, wypływające z istoty zatrudnienia inwalidów, których w porównaniu z pracownikami zdrowymi cechuje w różnym stopniu zmniejszona sprawność życiowa i odporność na czynniki szkodliwe. Dlatego absencja chorobowa zależy w szczególności od rodzaju inwalidztwa, środowiska pracy i indywidualnego stanowiska pracy.

Inwalidzi z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych (układu krążenia, oddechowego, pokarmowego), mimo znacznej kompensacji oraz dużej wydajności produkcyjnej, mogą w każdej chwili opuścić stanowiska pracy na dłużej lub krócej, w zależności od stopnia zaostrzenia się przewlekłej choroby, aby znów w okresie remisji wrócić na pierwotne stanowisko. Absencja chorobowa, częstotliwość i jakość okresów zaostrzeń chorobowych u inwalidów wymienionej grupy zależą raczej od ogólnych warunków pracy, a tylko w indywidualnych przypadkach od stanowiska pracy. Na przykład inwalidzi ze schorzeniami gośćcowymi pracujący w mikroklimacie wilgotnym i w dużych wahaniach temperatury częściej opuszczają pracę na skutek choroby niż pracujący w takich samych warunkach inwalidzi ze schorzeniami układu krążenia lub też układu pokarmowego. Absencja chorobowa inwalidów ze schorzeniami układu oddechowego zatrudnionych w atmosferze dużego zapylenia, oparów i dymów będzie jeszcze większa niż inwalidów gośćcowych. Natomiast kształtowanie się absencji chorobowej inwalidów wzrokowych, epileptyków i głuchoniemych będzie zależała nie tylko od ogólnych warunków pracy, ale w dużym stopniu od stanowiska pracy. Na przykład niewidomy pracujący przy nieodpowiednim stanowisku może ulec obrażeniom ciała, a nawet nabyć dodatkowe kalectwo. Ogólnie można stwierdzić, że kształtowanie się absencji chorobowej inwalidów jest bardziej zależne od warunków pracy, niż pracowników zdrowych, ponieważ człowiek zdrowy ma dużą zdolność przystosowania się do niekorzystnych warunków pracy i metod pracy, a u inwalidy zdolności adaptacyjne zostały w znacznym stopniu ograniczone na skutek kalectwa.

W każdej spółdzielni inwalidów pracuje pewien procent emerytów i inwalidów w podeszłym wieku, którzy mogą często chorować, jeśli stopień wysiłku fizycznego będzie przekraczał fizjologiczne możliwości organizmu. Na ujemne działanie środowiska

pracy emeryci i inwalidzi w podeszłym wieku są dużo mniej odporni od inwalidów młodszych.

W spółdzielczości inwalidzkiej rozróżniamy absencję chorobową pracowników zdrowych oraz absencję inwalidów związaną i nie związaną z inwalidztwem.

Absencję chorobową w grupie pracowników zdrowych tworzą zwolnienia chorobowe tych pracowników, którzy nie zostali uznani przez Komisję Inwalidztwa i Zatrudnienia za inwalidów.

O absencji chorobowej związanej z inwalidztwem mówimy wówczas, gdy zwolnienie lekarskie zostało wydane z powodu zaostrzenia choroby, która była zasadniczą podstawą przyznania inwalidztwa przez KIZ. Do absencji chorobowej związanej z inwalidztwem zaliczają się również wszystkie zwolnienia emerytów. O absencji nie związanej z inwalidztwem mówimy wówczas, jeśli choroba z punktu widzenia lekarskiego nie ma związku z podstawowym kalectwem. Takie zróżnicowanie absencji chorobowej w spółdzielczości inwalidzkiej uważam za konieczne i celowe.

Już sama analiza zróżnicowanej absencji chorobowej pozwoli wyciągnąć odpowiednie wnioski i zwróci uwagę lekarza we właściwym kierunku. Lekarz spółdzielni prowadząc rehabilitację inwalidów i równocześnie sprawując nad nimi opiekę leczniczą nie może pozostawiać na uboczu analizy absencji chorobowej, ponieważ poziom jej jest niemal wiernym odbiciem rzeczywistej sytuacji zdrowotnej załogi. Wychodząc z tego założenia, można stwierdzić, że analiza absencji chorobowej jest jednocześnie analizą stanu zdrowotnego w danym okresie. Lekarz spółdzielni stwierdzając wzrost absencji chorobowej powinien szukać jej źródła oraz wyciągnąć odpowiednie wnioski. Na przykład w przypadku inwalidy niewidomego często korzystającego ze zwolnień chorobowych z powodu ropnych zapaleń skóry, po przeprowadzeniu badań, stwierdzono, że pracując na nieodpowiednim stanowisku pracy ulegał częstym skaleczeniom i mikrourazom oraz nie był dostatecznie przygotowany zawodowo. Lekarz po stwierdzeniu tego stanu przedstawił Zarządowi wniosek przeszkolenia zawodowego inwalidy i zbudowania bezpiecznego stanowiska pracy. Wniosek został zrealizowany, a inwalida niewidomy od tego czasu przestał chorować na zmiany ropne skóry.

A oto drugi przykład: chory na przewlekły gościec stawowy, z częstymi zaostrzeniami, pracował w warunkach dobrych, natomiast na podstawie dokładnego wywiadu i wizytacji uznano za bardzo złe jego warunki mieszkaniowe (wilgoć i zagrzybienie). Dotacja ze spółdzielni na kapitalny remont mieszkania spowodowała poprawę stanu zdrowia inwalidy.

Wniosek jest jeden, lekarz spółdzielni w badaniu absencji nie może ograniczać się jedynie do prowadzenia dokumentacji, obli-

czania wskaźników, robienia sprawozdań, ale powinien także poznać przyczyny nieobecności, stawiać przed zarządem spółdzielni konstruktywne wnioski, których realizacja zmierzałaby bezpośrednio czy też pośrednio do zmniejszenia absencji chorobowej.

Trzeba stwierdzić, że dla prawidłowej pracy lekarza spółdzielni bardzo duże znaczenie ma prowadzenie dokładnej dokumentacji absencji chorobowej, ponieważ jest to niezmiernie ważny materiał porównawczy i statystyczny. Nie można wyciągnąć prawidłowych wniosków z nieprawidłowej dokumentacji i nieprawidłowych danych. Na podstawie przeprowadzonych kontroli pracy lekarzy spółdzielni inwalidów woj. rzeszowskiego stwierdzono, że każdy lekarz prowadzi rejestr całej absencji chorobowej w oparciu o wzory obowiązujące w społecznej służbie zdrowia i wytyczne ZSI.

Dokumentacja prowadzona w kilku zeszytach jest nieprzejrzysta i chaotyczna, co utrudnia przeprowadzenie dokładnej analizy i opracowywanie odpowiednich i prawdziwych wniosków.

Jak wiadomo, ważnym zagadnieniem w prawidłowej rejestracji absencji jest ustalenie związku przyczynowego między zwolnieniem lekarskim a inwalidztwem. W czasie swej dotychczasowej pracy nie zauważyłem, aby sprawiało to lekarzom jakieś trudności z wyjątkiem niektórych parodniowych zwolnień wydawanych przez lekarzy w terenie. Ewidencja absencji na formularzach Mz/Og-25 i 26 dla wydziałów zdrowia nie jest prowadzona.

Analiza absencji w spółdzielniach nie jest zadowalająca. Lekarze nie obliczają wskaźników, nie szukają źródeł absencji i nie wyciągają konstruktywnych wniosków, a w przesyłanych sprawozdaniach ograniczają się do wypełniania rubryk i ogólnych określeń o małym znaczeniu.

Zauważono, że wkroczenie lekarza do środowiska spółdzielni inwalidów powoduje początkowo zwiększenie absencji chorobowej, ponieważ środowisko to było uprzednio bardzo zaniedbane pod względem opieki zdrowotnej. Badania kwalifikacyjne i okresowe pozwalają wychwycić i skierować do leczenia te przypadki, które w późniejszym okresie mogłyby skończyć się długotrwałą absencją, a nawet eliminacją z produkcji. W rezultacie ustala się pewien poziom absencji chorobowej w spółdzielniach będący niemal wiernym odbiciem rzeczywistego stanu zdrowotnego załogi.

Z przeprowadzonej analizy absencji wynika, że wskaźniki roczne dni niezdolności na 100 zatrudnionych w skali ogólnej WZSI Rzeszów są większe o ponad 50%, a w niektórych spółdzielniach o 100% od wskaźników ogólnokrajowych i ogólnowojewódzkich.

Wskaźniki roczne dni niezdolności na 100 zatrudnionych

Nazwa jednostki	Rok 1958	Rok 1959	Rok 1960
Wskaźnik ogólnokrajowy	1 182,8	1 217,7	1 061
Wskaźnik ogólnowojewódzki	1 073,3	1 131,5	1 059
Wskaźnik w skali ogólnej WZSI	1 748	1 579	1 609
Spółdzielnia inwalidów:			
Brzozów	1 420	1 931	2 195
Dynów	934	1 396	640
Dęba	2 148	1 884	1 424
Jarosław	2 226	1 243	1 183
Jasło	2 297	2 098	2 481
Krosno	2 209	867	1 171
Łańcut	1 275	1 063	1 287
„Praca" Przemyśl	2 165	1 935	1 941
„Start"	2 130	1 888	1 467
Przeworsk	1 082	1 065	1 738
Rozwadów	1 565	2 120	1 494
„Spólnota" Rzeszów	1 254	1 355	1 419
Sanok	2 356	1 972	1 615
Strzyżów	1 497	1 308	1 734
„Partyzant" Rzeszów	1 317	1 614	1 743
„Dozór Mienia" Rzeszów	2 104	1 611	1 625
„Postęp" Rzeszów	809	1 179	1 363

Stan, jaki obrazuje tabela powstał na skutek nie tylko specyfiki spółdzielczości inwalidzkiej, ale przede wszystkim w wyniku małego zainteresowania absencją i jej analizą ze strony zarządów spółdzielni i lekarzy. Przyczyniają się do tego warunki pracy w spółdzielniach, które, mimo poprawy, w dalszym ciągu są niezadowalające. Zatrudnieni inwalidzi często byli przyjmowani bez badań kwalifikacyjnych, przy czym stan zdrowia kwalifikował ich raczej do czynnego leczenia, a nie do pracy. Do dalszych przyczyn należy tzw. choroba rentowa, kiedy to inwalida po przepracowaniu 5 lat, nawet bez pogarszania się zdrowia, wyczerpuje zasiłek chorobowy, a po uzyskaniu renty wraca na pierwotne stanowisko pracy, lub w ogóle przestaje pracować. Zdarzają się również przypadki absencji nie uzasadnionych; np. w jednej ze spółdzielni pracownicy kiosków handlowych w okresie zwolnień chorobowych wpłacali utarg z obrotu towarowego, a więc korzyści materialne mieli podwójne, pobierali bowiem jednocześnie zasiłek

chorobowy i wynagrodzenie prowizyjne, które jest zależne od wysokości uzyskanego obrotu w ciągu miesiąca. Stwierdzono także wypadki, że inwalida nie otrzymawszy zwolnienia od lekarza zakładowego, otrzymywał je w tym czasie od lekarza terenowego bez większych trudności, po przedstawieniu swojego kalectwa w sposób nieprawdziwy, ale bardzo uczuciowy.

Analiza absencji w poszczególnych grupach schorzeń i kalectw wykazuje, że największą absencję związaną z kalectwem spotykamy u inwalidów z gruźlicą płuc, chorobami układu krążenia i układu ruchowego, co bywa następstwem częstych i długotrwałych okresów zaostrzeń. W grupie absencji nie związanych z kalectwem, pierwsze miejsce zajmują inwalidzi niewidomi, prawdopodobnie z powodu częstych obrażeń ciała, rozstroju nerwowego oraz wyjątkowej łatwości otrzymywania zwolnień lekarskich w terenie.

Na podstawie przeprowadzonej analizy absencji, można odważyć się na twierdzenie, że wskaźniki absencji w spółdzielniach inwalidów mogą się w znacznym stopniu zmniejszyć, jednak ze względu na specyfikę będą zawsze większe od wskaźników ogólnokrajowych.

Wnioski

1. Biorąc pod uwagę całokształt omawianych zagadnień uważam badania absencji chorobowej w spółdzielczości inwalidzkiej za celowe i konieczne na każdym szczeblu, przez lekarzy, ekonomistów, socjologów i organizatorów produkcji.
2. Analiza absencji chorobowej powinna być przeprowadzana wszechstronnie, poparta wskaźnikami, odpowiednimi wnioskami z uwzględnieniem związku przyczynowego. Uważam za celowe opracowanie i wprowadzenie nowego rejestru absencji chorobowej (proponowany wzór w załączeniu), przyjmowanie zwolnień chorobowych z terenu tylko po uprzedniej akceptacji przez lekarza zakładowego, uzupełnienie arkuszy sprawozdawczych ZSI wskaźnikami absencji.
3. Należy systematycznie dążyć do obniżania absencji chorobowej poprzez ścisłe wykonywanie zadań wynikających z zatrudnienia i prowadzenia zawodowej rehabilitacji oraz poprzez stałą walkę z absencją nieuzasadnioną z punktu widzenia lekarskiego.
4. Wnioski i dane uzyskiwane z analizy absencji chorobowej, powinny być brane pod uwagę w planowaniu i organizacji pracy, ustalaniu planów i norm produkcyjnych.

Rejestr zwolnień

Lp.	Data	Nazwisko i imię	Nr druku zwoln. L-4	Nr statystyczny choroby	Wydane przez ambul. sp-ni	Wydane przez lekarzy z terenu, przez jaką poradnię	Zwolnienia zdrowych, liczba dni			
								OA	OB	G

Rejestr porad lekarskich, badań

Lp.	Data	Nazwisko i imię	Porady lekarskie		Skierowania do		Porady związane z rehabilitacją		Badania kwalifikacyjne	
			inwalidów	zdrowych	specjalistów	szpitala lub sanatorium	jakie	wnioski na zaopatrzenie specjalne	wynik pozytywny	wynik negatywny

lekarskich

Zwolnienia inwalidów związane z inwalidztwem									Liczba dni nie związane z inwalidztwem										
R	P	K	N	PS	W	SŁ	I	E	AO	OB	G	R	P	K	N	PS	W	SŁ	I	E

kwalifikacyjnych i okresowych

wnioski rehabilitacyjne	Badania okresowe													Terminnastępnego badania okresowego	Uwagi
	zdrowych	inwalidów													
		OA	OB	G	R	P	K	N	PS	W	SŁ	I	E		

JAWNA DIETRYCH-KOWALSKA
Psycholog Wojewódzkiej Poradni
Zdrowia Psychicznego w Warszawie

DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIA W ZAKRESIE OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ W SPECJALNYM ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ DLA PSYCHICZNIE CHORYCH

W dniu 1 sierpnia 1960 r. został otwarty pierwszy w Polsce specjalny zakład pracy chronionej dla psychicznie chorych w oparciu o spółdzielczość inwalidzką. Powstał on po kilkuletnich staraniach Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Warszawie pod kierownictwem dyrektora dra Bronisława Kostkiewicza a z pomocą Związku Spółdzielni Inwalidów i Okręgowego Związku Spółdzielni Inwalidów w Warszawie.

Myśl stworzenia naszym pacjentom odpowiednich warunków pracy powstała 11 lat temu, gdy przychodnia poprzez swych psychologów zaczęła roztaczać systematyczną opiekę nad psychicznie chorymi, a zwłaszcza nad tymi, którzy przeszli leczenie szpitalne i na skutek ubytku zdrowia stali się inwalidami (z rentą lub bez praw do renty). Zadaniem psychologa poradni było odpowiednio zorganizować każdemu pacjentowi warunki środowiskowe oraz sprawy bytowe, a zwłaszcza wybrać pracę dostosowaną do jego możliwości jako inwalidy.

Próbowaliśmy umieszczać naszych pacjentów w różnych spółdzielniach inwalidzkich, lecz nie dawało to dobrych wyników. Na ogół po pewnym czasie pacjent stawał się kłopotliwy dla spółdzielni, a sam nie wytrzymywał atmosfery zakładu. Wystarczyła uwaga zwrócona w niewłaściwej formie lub posłyszane przez niego słowo „wariat", by rzucił pracę spokojnie lub z awanturą, zależnie od stanu psychicznego w danej chwili. Niejednokrotnie musiał potem iść na leczenie szpitalne.

Po takich kilkuletnich doświadczeniach wyłoniła się konieczność stworzenia odrębnego zakładu dla psychicznie chorych, którzy mieliby tam zapewnioną opiekę psychologa i lekarza psychiatry. Poradnia napotykała w tych staraniach na liczne trudności, ponieważ dotychczasowe doświadczenia zraziły spółdzielczość do naszych chorych. Po prostu uważano, że chorzy

psychicznie nie nadają się do rehabilitacji. Wreszcie znaleźli się odważni działacze w Związku Spółdzielni Inwalidów i Okręgowym Związku Spółdzielni Inwalidów, którzy zaczęli gorąco popierać naszą sprawę, natrafiając jednak na liczne trudności. Jedne spółdzielnie nie rozumiały istoty sprawy, inne bały się angażować w tak niepewną akcję, jąk zorganizowanie eksperymentalnego zakładu dla psychicznie chorych. Pierwszą spółdzielnią, która zrozumiała konieczność oraz wartość społeczną zakładu pracy chronionej dla psychicznie chorych i zaryzykowała zorganizowanie eksperymentalnego zakładu była „Samopomoc Inwalidzka".

Zakład pracy chronionej dla psychicznie chorych przy spółdzielni „Samopomoc Inwalidzka" istnieje rok i cztery miesiące. Przez ten czas zebrałam sporo obserwacji i chciałabym je Państwu przekazać. Zakład zatrudnia 27 inwalidów — chorych psychicznie — a w tym 18 po kilkakrotnym leczeniu w szpitalu psychiatrycznym. Inwalidzi pracują na 2 zmiany, po 4 godziny dziennie, w godzinach 7.30—11.30 i 12—16 w zawodzie introligatorskim. Ich miesięczny zarobek wynosi 500 zł — jest to kwota, którą można zarobić mając rentę. To, że pacjenci są uposażeni jednakowo, choć efekty pracy są różne, nie tylko nie wywołuje niezadowolenia, lecz jest ważnym czynnikiem wychowawczym. Uświadomieni przez psychologa zrozumieli, że ponieważ wszyscy są pacjentami poradni zdrowia psychicznego, lecz z różnym ubytkiem zdrowia, więc wydolniejszy ma moralny obowiązek wyrównać gorsze wyniki słabszego kolegi. W ten sposób zakład może być samowystarczalny, a chronicy o małej wydolności mają możność zarobku i zachowania wiary w swe siły.

Rehabilitacja chorych psychicznie jest zagadnieniem trudnym i złożonym. Zasady jej można ujmować tylko bardzo ogólnie. Nie zapominajmy, że każdy chory psychicznie jest odrębną indywidualnością, zmieniającą się w zależności od stanu psychicznego, a więc do każdego, by go poznać, należy odpowiednio podejść. Wówczas jedynie można dobrać mu odpowiednią pracę. Dlatego właśnie w zakładzie pracy chronionej dla psychicznie chorych niezbędna jest opieka psychologa.

Przy dobieraniu odpowiedniej pracy psycholog powinien umiejętnie przekonać pacjenta, który poprzednio wykonywał pracę umysłową, a nawet odpowiedzialną zawodową (np. biolog, farmaceuta, agronom, bo i takich mamy pacjentów), że przestawienie się na pracę fizyczną jest korzystne dla jego zdrowia. Psycholog musi przy tym czuwać, aby u wrażliwszych chorych to przejście do pracy fizycznej nie spowodowało poczucia niższości. Argumentem przekonywającym będzie to, że wybrana praca przyucza pacjenta do innego zawodu odpowiadającego jego możliwościom jako inwalidy.

Pierwszym zadaniem psychologa po uruchomieniu zakładu jest stworzenie odpowiedniej atmosfery w pracy oraz uformowanie z chorych psychicznie — inwalidów — zwartego zespołu, który miałby poczucie łączności, solidarności i wzajemnej życzliwości. Dopiero po uzyskaniu tego można należycie prowadzić zakład pracy chronionej dla psychicznie chorych, utrwalając stale swe osiągnięcia. Mogę Państwa zapewnić, że w zakładzie, którym się opiekuję, warunki te zostały spełnione. Każda grupa pacjentów (czyli zmiana w pracy) stanowi zespół, który działa solidarnie i na ogół zgodnie. Przejściowe nieporozumienia mogą wynikać jedynie ze złego stanu psychicznego, a wówczas pacjenci o dobrym samopoczuciu psychicznym usiłują zmniejszyć tarcia między kolegami.

Spokojna atmosfera zakładu zależy jednak nie tylko od samych pacjentów, lecz i od instruktorów — fachowych pracowników spółdzielni. Tutaj ważnym zadaniem psychologa jest pouczenie ich, jaki powinien być ich stosunek do chorych psychicznie i jak z nimi należy postępować. Na podstawie własnej praktyki uważam, że lepsze wyniki daje częste omawianie z instruktorami poszczególnych pacjentów, ich zachowania w czasie pracy oraz efektów ich pracy w zależności od rodzaju schorzenia, niż teoretyczne, ogólne instruowanie ich. Instruktorzy poznając pacjentów, uczą się od psychologa indywidualnego podejścia do nich. Gdy uda się osiągnąć odpowiedni stosunek instruktorów do inwalidów psychicznie chorych, wówczas psycholog może zapewnić swoim podopiecznym w pełni odpowiednią atmosferę w zakładzie pracy. Musi jednak stale czuwać, by nie było od niej odchyleń.

Oprócz psychologa, który w zakładzie pracy chronionej czuwa nad inwalidami psychicznie chorymi oraz lekarza psychiatry, czuwającego nad stanem ich zdrowia, konieczny jest w takim zakładzie pracy asystent społeczny (zbliżoną funkcję w spółdzielniach pełni pracownik socjalny). Asystent społeczny powinien odznaczać się odpowiednim poziomem intelektualnym, zrównoważeniem, umiejętnością nawiązywania kontaktu z ludźmi, życzliwością dla chorych psychicznie oraz powinien być z zamiłowania społecznikiem i mieć pewien staż pracy społecznej, a tym samym doświadczenie życiowe. Asystent społeczny ma roztaczać opiekę nad pracownikami zakładu — inwalidami, naturalnie w ścisłym porozumieniu z psychologiem i lekarzem. Do kompetencji asystenta społecznego należy załatwianie pacjentom spraw urzędowych, których na ogół nie potrafią sami załatwić, odwiedzanie ich w domu, gdy są chorzy, utrzymywanie kontaktu z ich środowiskiem oraz pomoc w razie trudności i konfliktów środowiskowych. W naszym zakładzie nie ma dotąd asystenta społecznego, a bardzo odczuwamy jego brak.

Introligatorstwo jest odpowiednim zawodem dla chorych psychicznie, ponieważ praca przebiega spokojnie, bez napięcia nerwowego. Konieczne jest wykluczenie z pracy norm oraz akordu, należy jedynie pilnować sumiennego i należytego jej wykonywania przez poszczególnych chorych w miarę ich możliwości. Jak wykazała praktyka, 4 godziny z 15-minutową przerwą mogą inwalidzi psychicznie chorzy pracować bez zmęczenia. Natomiast dłuższa praca (np. 6 godzin) powoduje zmęczenie i słabszą wydolność, a nawet konieczność dłuższego odpoczynku.

Dobranie rodzaju pracy każdemu pacjentowi jest sprawą wymagającą wyjątkowej wnikliwości ze strony psychologa. Jako przykład podam pacjentkę (lat 58, rozp.: schizofrenia), która jest pracowita i dobrze szyje książki, lecz przeniesiona na kilka dni do klejenia chciała zrezygnować z pracy. Okazało się, że klejenie przypomina jej mycie lepkich naczyń w okresie pobytu w ciężkim obozie niemieckim, czego nerwowo nie wytrzymywała. Naturalnie pacjentki nie puściłam z zakładu, a kleić już więcej nie będzie. Na ogół pacjenci po zapoznaniu się z różnymi czynnościami w zakresie introligatorstwa pozostają przy jednej, która im najbardziej odpowiada. Jedynie w czasie nieobecności kolegów wykonują w zastępstwie inne czynności.

Bywają okresy u dobrych pracowników, gdy wydajność ich pracy zmniejsza się, a nawet wykazują oni opór w stosunku do wykonywania pracy. Nie wypływa to jednak z lenistwa, lecz ze złego stanu psychicznego. Jeśli nie sprawiają kłopotu w zakładzie, nie należy eliminować ich z pracy, lecz raczej dopingować do niej. Bezczynność w takim stanie działa deprymująco na pacjenta i prowadzi do konieczności leczenia szpitalnego. Krytyczni chorzy rozumieją to sami i bronią się (np. w stanie depresji) przed zwolnieniem lekarskim.

Praca jest ważnym czynnikiem leczniczym dla psychicznie chorych — o tym wiemy dobrze, a w zakładzie, którym się opiekuję, są tego liczne przykłady. Podam jeden z nich. Pacjentka (lat 30, rozp.: schiz.) pracuje w zakładzie od chwili uruchomienia go. Pracę rozpoczęła w złym stanie psychicznym: była obojętna na wszystko, zaniedbana, miała silne lęki, unikała ludzi; dostała wówczas skierowanie do szpitala, lecz zdecydowaliśmy przyjąć ją do pracy na próbę. Już po miesiącu stan psychiczny uległ pewnej poprawie, a po dwóch miesiącach zadbała o siebie, zaczęła myśleć o rozrywkach i życiu towarzyskim. Pacjentka jest bardzo chętna do pracy, pracuje spokojnie, uważnie, dokładnie, dość szybko, wyniki jej pracy są dobre. Okresowo pewną przeszkodą w pracy bywa osłabienie, senność — wówczas po 2 godzinach musi robić dłuższą niż inni przerwę w pracy; już ponad rok nie korzystała z dłuższych zwolnień lekarskich.

O tym, jak pacjenci czują się w zakładzie pracy i jak wpływa ona na nich leczniczo, świadczą ich własne wypowiedzi. Dla przykładu przytoczę trzy wypowiedzi różnych pacjentów: „jak wychodzę na fajrant, to taką ulgę czuję wewnątrz, że pracowałem: w pracy zapominam o kłopotach domowych" (lat 36, rozp.: schiz.); „praca tutaj to jedyna szansa dla nas do utrzymania się w zdrowiu i do powrotu do życia" (lat 28, rozp.: schiz.); „praca nie zobowiązuje mnie normą, przyjąłem system higieny profilaktycznej — korzystam z pracy, która mnie nie wyczerpuje" (lat 52, rozp.: schiz.). Przytoczę jeszcze wypowiedź innego pacjenta, która zilustruje, jakim bodźcem w pracy jest opieka psychologa. „To, że pani magister wchodzi kilkakrotnie i sprawdza nas, mobilizuje i pobudza do pracy. Gdy pani magister była na urlopie, bardzo nam tej opieki brakowało" (lat 56, rozp.: depresja inwolucyjna). Pacjenci mówią, że wolą dzień powszedni od niedzieli, z grypą przychodzą do pracy, nie chcą korzystać ze zwolnienia, trzeba ich zmuszać do pozostania w domu. Jeden z nich przed ukończeniem urlopu chciał wrócić do pracy, bo lepiej czuje się w pracy niż w domu. Drugi, gdy okresowo czuł się psychicznie gorzej i miał silne urojenia prześladowcze, jedynie w pracy ich nie odczuwał.

Ważną sprawą o aspekcie leczniczym w zakładzie pracy chronionej dla psychicznie chorych jest przyznawanie nagród. Należy podchodzić do tego wnikliwie, by wadliwym posunięciem nie popsuć efektów pracoterapii. Właśnie ze względu na ten aspekt leczniczy psycholog powinien mieć tu głos decydujący. Ocenianie inwalidów psychicznie chorych według ich wydajności pracy byłoby zasadniczym błędem. Trzeba tutaj uwzględnić ich możliwości zależne od stanu zdrowia, chęć do pracy i obowiązkowość w jej wykonywaniu. W nagradzaniu nie można pominąć pracownika słabego, któremu większa utrata zdolności do pracy nie pozwala na lepsze wyniki. Właśnie u niego nagroda, jako wyraz pozytywnej oceny, wzbudzi wiarę we własne siły znosząc poczucie bezwartościowości.

Zakład pracy chronionej dla psychicznie chorych przy spółdzielni „Samopomoc Inwalidzka" w styczniu 1962 r. przenosi się do nowego lokalu i będzie zatrudniał około 100 pacjentów na dwie zmiany. W zakładzie tym będą pracowali — tak jak dotąd — wyłącznie inwalidzi psychicznie chorzy. Prócz introligatorstwa zostanie wprowadzony nowy dział pracy spokojnej, odpowiedniej dla tych inwalidów, mającej dla nich wartość psychoterapeutyczną. Zakład będzie miał dobre warunki lokalowe i odpowiednie urządzenia.

W ramach działalności rehabilitacyjnej Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Warszawie powstał w kwietniu

1961 r. dział pracy chronionej dla psychicznie chorych w spółdzielni „Świt". Opiekuje się nim obecny na sali dr Mieczysław Długokęcki. Obydwie te placówki pozwalają tylko na częściowe rozwiązanie zagadnienia rehabilitacji psychicznie chorych, jeszcze bowiem kilkuset pacjentów należałoby zatrudnić w pracy chronionej, a liczba ich stale wzrasta. Palącą więc potrzebą jest dalsze uruchamianie zakładów pracy chronionej dla psychicznie chorych. Wśród czekających na pracę mamy również wielu chorych, którzy mieszkają w miejscowościach podwarszawskich i z nimi przychodnia ma największy kłopot, gdyż nie mogą oni być zatrudnieni na terenie Warszawy. Pilną sprawą jest więc zorganizowanie dla nich zakładu pracy chronionej w okolicy Warszawy.

Na zakończenie wysunę ogólny wniosek odnoszący się do zagadnienia pracy chronionej dla różnego rodzaju inwalidów. U każdego inwalidy z powodu zmniejszonych możliwości życiowych wytwarzają się stopniowo zaburzenia nerwicowe, a niejednokrotnie trwałe poczucie małej wartości. Każdy inwalida powinien w pracy chronionej czuć się pod opieką, toteż stawiam wniosek, by we wszystkich spółdzielniach inwalidów pracował psycholog, który sprawowałby opiekę nad inwalidami. Zarząd spółdzielni oraz jej pracownicy administracyjni dbają o ogólne dobro spółdzielni, a psycholog miałby za zadanie dobór odpowiedniej pracy dla inwalidy, czuwanie nad jej warunkami oraz obronę jego interesów. Inwalida czułby się wtedy otoczony właściwą opieką. Pogodzenie dobra inwalidów z interesami spółdzielni powinno być podstawą każdej spółdzielni inwalidów, a wówczas będą one spełniały swe właściwe zadanie.

LUCJAN STRZODA
Inspektor Lekarski WZSI w Katowicach

PROCESY ZMĘCZENIA I FIZJOLOGICZNE PODSTAWY WYPOCZYNKU INWALIDÓW PRACUJĄCYCH W SPÓŁDZIELNIACH

Wszelka działalność, której celem jest kształtowanie właściwego stosunku organizmu człowieka do procesu pracy wchodzi w zakres praktycznej fizjologii pracy. O właściwym stosunku można mówić wówczas, gdy pracujący człowiek bez zbędnego wysiłku uzyskuje maksymalną wydajność i gdy nie jest on w związku z wykonywaną pracą narażony na utratę zdrowia. Właśnie fizjologia i psychologia pracy, poprzez poznanie fizycznej i psychicznej struktury oraz funkcji organizmu, stawiają sobie za cel dostosowanie pracy do człowieka, wskazanie właściwej drogi do ekonomicznego wykorzystania jego sił i uniknięcia nadmiernych wysiłków i zmęczenia, by w ten sposób osiągnąć racjonalne formy pracy, najkorzystniejsze z ogólnoludzkiego oraz gospodarczego punktu widzenia. Można śmiało powiedzieć, że fizjologia i psychologia pracy realizuje w praktyce szczytne hasło: „Pracujący człowiek jest najważniejszym i najcenniejszym czynnikiem w procesie produkcji".

Z fizjologicznego punktu widzenia organizm ludzki można rozpatrywać jako skomplikowaną maszynę samosterowaną z wszystkimi cechami właściwymi maszynom. Rolę układu sterującego spełnia ośrodkowy układ nerwowy. Jak wiemy, z analizy budowy i funkcji organizmu wynika, że organizm człowieka jest raczej dostosowany do pracy ruchowej niż statycznej. Wynika z tego fundamentalny wniosek, że praca powinna być tak zorganizowana, by przeważały elementy ruchu, a nie statyki. Praktyka uczy, że stanie bardziej męczy niż chodzenie.

Tymczasem stosowane obecnie procesy produkcji, szczególnie praca zmechanizowana, stwarzają bardzo niekorzystną sytuację dla organizmu. Składa się na to wiele czynników, jak nieprzerwane i szybkie tempo pracy, jednostronność i ograniczenie funkcji układu ruchu, a także utrwalenie przy pracy częstokroć nieprawidłowej i niefizjologicznej postawy, co nie tylko doraźnie, ale i w późniejszym czasie, niekorzystnie wpływa na normalną korelację funkcji różnych układów.

Nie lepiej przedstawia się sprawa przy pracy umysłowej. Duże tempo pracy, odpowiedzialność i inne czynniki emocjonalne mają bardzo ujemny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Tak w pracy fizycznej, jak i umysłowej brak dostatecznej ilości elementów ruchu nie sprzyja pracy układu krążenia, który wspólnie z układem oddechowym jest głównie odpowiedzialny za wydajność pracy, zapewnia bowiem pracującym elementom niezbędny dopływ paliwa w postaci tlenu i substancji energetycznych, a także usuwa niedopałki metabolizmu. Przeciążenie maszyny ludzkiej prowadzi w konsekwencji do zmęczenia, a nawet wyczerpania, które może być zjawiskiem patologicznym. Na marginesie należy tu podkreślić, że połączenie pracy fizycznej z umysłową (zaangażowanie psychiki) szybciej prowadzi do zmęczenia niż praca jednorodna.

Zmęczenie jest pewnego rodzaju hamowaniem ochronnym, sygnałem informującym, że w organizmie zaczyna się dziać coś niedobrego.

U podstaw fizjologicznych wypoczynku leżą zatem procesy zmęczenia. Wobec złożoności procesów zmęczenia, podanie jego definicji nie jest sprawą łatwą. Najogólniej możemy zmęczeniem określić zespół zjawisk, które pojawiają się u każdego zdrowego człowieka w czasie pracy. Należą tu przede wszystkim takie zjawiska, jak: zmniejszenie wydajności pracy lub całkowita niemożność wykonywania pracy, trudności w utrzymywaniu prawidłowej postawy ciała, różnego rodzaju zaburzenia w koordynacji ruchu, wzrost trajektorii ruchów i wiele innych. Ze zmęczeniem wiąże się także pogorszenie samopoczucia, które jednak jako zjawisko subiektywne, trudno dostępne obiektywnemu badaniu, nie może być brane pod uwagę przy ocenie stopnia zmęczenia.

Zmęczenie jako zjawisko fizjologiczne ma charakter przemijający, pod warunkiem, że nie dojdzie do przekroczenia pewnej krytycznej wartości — różnej dla różnych organizmów, i że będzie zastosowany odpowiedni wypoczynek przed dojściem do tego krytycznego punktu. Niezapewnienie pracującemu organizmowi możliwości wypoczynku prowadzi do kumulacji zmęczenia i wystąpienia tzw. stanu chronicznego zmęczenia. Człowiek, u którego powstał taki stan, wykazuje zmniejszające się zainteresowanie pracą; dalsze wykonywanie pracy odbywa się kosztem zwiększonego wysiłku fizycznego i napięcia uwagi, powstają nienormalne stany psychiczne: apatia, objawiająca się zmniejszonym kontaktem ze środowiskiem, względnie nadmierna pobudliwość, którą charakteryzuje gonitwa myśli, drżenie rąk itp. W stanach takich istnieje skłonność do nadużywania różnego rodzaju używek, jak: kawa, herbata, tytoń i alkohol. Zazwyczaj występują także zaburzenia snu, wskutek czego stan zmęczenia stale się pogłębia. Po-

wstaje w ten sposób patologiczny stan wyczerpania. Ludzi, u których wypoczynek i sen nie likwidują zmęczenia, musimy uważać za chorych i oddać pod opiekę lekarską.

Powracając do rozważań nad mechanizmem powstawania zmęczenia należy stwierdzić, że istnieje wiele powodów skłaniających do uznania ośrodkowego układu nerwowego, a więc układu sterującego maszyny ludzkiej, za najbardziej podatny na zmęczenie element pracującego organizmu. Wybitny fizjolog pracy Lehmann pisze o tej sprawie w następujący sposób: „Wszelkie zmęczenie narządów obwodowych może najpierw być skompensowane przez wzmożony impuls woli. Toteż każde obwodowe zmęczenie prowadzi z nieubłaganą koniecznością do większego zaabsorbowania czynności ośrodkowego układu nerwowego, a przez to samo do jego zmęczenia. Nasuwa się pytanie, czy obok zmęczenia kory mózgowej należy jeszcze przyjąć pojęcie zmęczenia ogólnego, aby móc wyjaśnić obserwowane zjawiska. Rzecz ma się oczywiście tak, że silne zmęczenie promieniuje na całe ciało przez zmęczenie mózgu. Charakterystyczne jest przy tym, że zostają dotknięte te ośrodki, którymi zarządza wegetatywny układ nerwowy, a częściowo również te, które działają pod wpływem układu gruczołów wydzielania wewnętrznego".

Wiadomo, że gdy zmęczeniu ulegnie jakiś mięsień lub grupa mięśni, pracę można nadal kontynuować przez pewien czas przy użyciu innego mięśnia lub grupy mięśni. Natomiast pojawienie się na skutek zmęczenia zaburzeń w ośrodkowym układzie nerwowym kładzie w zasadzie kres możliwości wykonywania skoordynowanego wysiłku, doprowadzając w konsekwencji do przerwania pracy.

U podstaw zmęczenia leżą przede wszystkim zaburzenia w przemianie materii. Należy pamiętać, że wszystkie funkcje biologiczne, gdziekolwiek by się one odbywały, są związane z procesami przemiany materii, a zatem każde zjawisko biologiczne w zasadzie ma właściwość wywoływania zmęczenia. Jak do tego dochodzi? Pozwolę sobie teraz podać skrócony, niemniej jednak zasadniczy schemat powstawania zjawiska zmęczenia, umożliwiający zrozumienie odwracalności jego objawów.

Otóż rozpad substancji odżywczych w komórkach, dostarczający organizmowi energii, przechodzi jak wiadomo przez szereg etapów pośrednich. Jeżeli ulegnie zakłóceniu usuwanie produktu końcowego, np. dwutlenku węgla, to przede wszystkim zostaną zahamowane ostatnie etapy procesu przemiany materii i nastąpi nagromadzenie się produktów przejściowych, np. w przypadku metabolizowania węglowodanów — kwasu mlekowego i pyrogronowego. Występuje zjawisko podobne jak przy niedoborze tlenowym w organizmie nie dysponującym dostateczną ilością tlenu po-

trzebnego do doprowadzenia procesu utleniania do końca — dochodzi wówczas również do wyższego stężenia produktów przejściowych w organizmie. Niedobór tlenu oznacza więc wzrost podatności na zmęczenie. Natomiast należy podkreślić, że niedobór, a nawet brak substancji dostarczających energii, odgrywa dość podrzędną rolę w przyczynach powstawania zmęczenia. Podobnie błędny jest pogląd, że w stanie zmęczenia powstają substancje trujące, które osłabiają pracujący narząd, a potem cały organizm. Raczej chodzi tu o zwolnienie normalnego przebiegu reakcji i nagromadzanie się produktów pośrednich, które mogą następnie zostać odtransportowane przez krwiobieg z narządów zmęczonych do innych narządów, np. płuc, gdzie podlegają one dalszemu tlenowemu rozpadowi. Tak więc można usunąć zmęczenie poprzez wzmożony dopływ tlenu do organizmu lub odpowiednie nastawienie funkcji narządu i zmniejszenie jego zapotrzebowania na tlen.

Jakkolwiek wszystkie narządy podlegają zmęczeniu spowodowanemu czynnościami biologicznymi, to jednak podatność na zmęczenie poszczególnych narządów jest bardzo różna, zależnie od wymagań, jakie wobec nich stawia życie codzienne i procesy pracy.

W procesie pracy uczestniczy wiele układów względnie narządów, przy czym wystarczy, by jeden z nich na skutek zmęczenia wykazał obniżoną wydolność funkcjonalną, a zaburzony zostaje cały proces pracy, niezależnie od tego czy inne narządy są również zmęczone, czy nie.

Dlaczego tak szczegółowo analizuję zagadnienie zmęczenia? Otóż ma ono kolosalne znaczenie w tak istotnych sprawach jak bezpieczeństwo i higiena pracy człowieka, wydajność jego pracy, zachorowalność na różne schorzenia, przede wszystkim zawodowe. Jeszcze ostrzej zarysuje się to zagadnienie przy zatrudnianiu ludzi o niepełnej zdolności do pracy — inwalidów.

Dlatego też przeprowadzając analizę możliwości zatrudnienia inwalidy w zakładzie na określonym stanowisku należy również uwzględnić jego odporność na zmęczenie. Jasne jest chyba dla każdego, że zmęczenie szybciej wystąpi i ostrzej się objawi u inwalidy niż u człowieka zdrowego. Amputacje, schorzenia stawów, mięśni i kości obniżają wydolność układu ruchu, powodując szybsze męczenie się pozostałych zdrowych części tego układu. Resekcje części płuc względnie schorzenia płuc obniżają wydolność układu oddechowego, powodują szybkie występowanie niedoboru tlenu i związane z tym zmęczenie. Podobny wpływ ma niewydolność funkcjonalna innych narządów (inwalidzi paraplegicy, reumatycy, psychicznie chorzy itp.).

Przejdę teraz do omówienia zagadnienia wypoczynku jako podstawowego czynnika w walce ze zmęczeniem. Przy okazji podam też możliwości zastosowania środków zapobiegania względnie czasowego usuwania zmęczenia. Przez wypoczynek będziemy rozumieć w toku dalszych wywodów przeciwieństwo zmęczenia, a więc usunięcie zmęczenia, powrót do stanu wypoczęcia. Wypoczynek polega przede wszystkim na usunięciu z organizmu nagromadzonych przejściowych produktów przemiany materii lub substancji wywołujących zmęczenie. Następuje to zwykle w ten sposób, że potrzeby poszczególnych narządów, czy też całego nawet organizmu zmniejszają się wskutek zawieszenia ich czynności. Może jednak nastąpić również przy dalej odbywającej się czynności, ale przy zwiększonym dopływie tlenu.

W zapobieganiu zmęczeniu i walce z nim najistotniejsze znaczenie ma wprowadzenie właściwego, ustalonego przez fizjologa i psychologa reżymu pracy, tzn. z góry narzuconego i ustalonego dla każdego stanowiska określonego rytmu pracy i przerw na wypoczynek. Przez przerwy w pracy fizjolog rozumie stan nieczynności wtrącony w przebieg pracy, a przez nieczynność — zaprzestanie wykonywania wyuczonej pracy zawodowej lub przerwę w czynności dowolnego narządu, a nie istotną bezczynność całego organizmu. Odpoczynek zatem może być bierny lub czynny. Jeśli chodzi o czas trwania przerwy słusznie będzie wyjść z faktu stwierdzonego przez fizjologię pracy, że przebieg odpoczynku stanowi funkcję wykładniczą. Znaczy to, że proces wypoczynku czyni największe postępy w pierwszej części przerwy, w drugiej jest już znacznie mniejszy, a w następnych częściach zmniejsza się coraz bardziej, aż wreszcie spada do zera. Wartość więc odpoczynku w pierwszej części przerwy jest znacznie większa niż w następnych. Wynika z tego, że gdy włączymy w pewien cykl pracy przerwy określonej długości, to spadek maksymalnego i przeciętnego zmęczenia, osiągalny w okresie wypoczynku, będzie największy, gdy przerwy będą jak najkrótsze, a więc gdy czas wypoczynku podzielimy na jak najwięcej części. Chodzi o osiągnięcie stanu zrównoważenia się zmęczenia i odpoczynku. Często, krótkie przerwy mogą powstrzymać narastanie zmęczenia, czego nie zdołają uczynić nieliczne odpowiednio dłuższe przerwy. Dowiedziono tego eksperymentalnie w doświadczeniach z oznaczaniem wydajności pracy w zależności od stosunku okresów pracy do przerw w pracy.

Nie będę tu omawiał wytycznych dotyczących organizacji przerw i form wypoczynku w czasie pracy, gdyż sprawy te będą przedmiotem innego referatu, a zajmę się dalszymi środkami zapobiegania i walki ze zmęczeniem.

Z tego, co powiedziałem o mechanizmie występowania zmęczenia, wynika, że zmęczenie jednej części organizmu odbija się niekorzystnie na funkcji innych, a nawet całego organizmu. Należy zatem unikać niepotrzebnego przeciążania tych części ciała, które nie są bezpośrednio zaangażowane w danej pracy. W jak najszerszym stopniu, wszędzie tam gdzie jest to tylko możliwe, należy stosować odpowiednie siedzenia, oparcia, podpórki, uchwyty i inne urządzenia zmniejszające wysiłek pracującego człowieka. Postulat ten ma szczególne znaczenie przy zatrudnianiu inwalidów.

Dla zilustrowania tego podam dwa przykłady, jak właściwy dobór pracy dla inwalidy i adaptacja stanowiska pracy do kalectwa przy zastosowaniu prostych środków mogą wpłynąć na zmniejszenie, a nawet likwidację zmęczenia.

W jednej ze spółdzielni w Bytomiu pracuje inwalidka lat 22, zatrudniona w magazynie przy prowadzeniu kartoteki. W wyniku przebytej gruźlicy kości kręgosłupa doszło do znacznego ograniczenia ruchomości kręgosłupa i do zesztywnień. Praca na skutek tego była dla inwalidki bardzo męcząca — kilkakrotnie w ciągu dnia musiała robić przerwy na odpoczynek. Lekarz spółdzielni wystąpił z wnioskiem o adaptację stanowiska pracy, w postaci fotela z odpowiednimi podpórkami odbarczającymi. Zamówienie zrealizowało Przedsiębiorstwo Sprzętu Rehabilitacyjnego w Warszawie. Obecnie po kilku miesiącach używania fotela inwalidka stwierdza znaczną ulgę i zmniejszenie się zmęczenia w pracy. Obecnie myślimy nad dalszym udogodnieniem w postaci pochylanego stołu.

Ważne znaczenie w walce ze zmęczeniem ma opracowanie dla każdego stanowiska pracy stereotypu oszczędnych i celowych ruchów, które pracownik zatrudniony na tym stanowisku powinien sobie przyswoić w czasie szkolenia. Stereotyp taki można uzyskać na przykład analizując ruchy doświadczonych, przodujących pracowników, poprzez sfilmowanie ich w czasie pracy. Poza wprawą (utorowanie odpowiednich szlaków nerwowych) wykonywanie stereotypowej czynności wymaga pracy automatycznej (z małym udziałem świadomości). Wspominałem już zresztą o tym stwierdzając, że praca mieszana bardziej męczy niż jednorodna. Dlatego też racjonalny podział pracy z punktu widzenia walki ze zmęczeniem polega na tym, by pracownika biorącego udział bezpośrednio w produkcji nie obarczać pracą koncepcyjną, i odwrotnie, pracowników wykonujących pracę koncepcyjną i prowadzących nadzór techniczny nie używać do prac, które może wykonywać pracownik niewykwalifikowany.

Niepoślednią rolę w zapobieganiu i walce ze zmęczeniem odgrywają też właściwe warunki i higiena środowiska pracy.

Sprawne działanie układu nerwowego zależy w dużym stopniu od prawidłowej funkcji receptorów (oko, ucho, mechanoreceptory i termoreceptory) dostarczających informacji ze środowiska zewnętrznego. Dlatego należy zapewnić tym receptorom optymalne warunki działania przez usunięcie z otoczenia wszelkich bodźców zbędnych dla ustroju, a szczególnie wpływających niekorzystnie na ośrodkowy układ nerwowy (zanieczyszczenie atmosfery, wysoka i niska temperatura, wstrząsy, drgania, hałas). Każde złagodzenie czynników ujemnie działających na organizm ludzki wpływa korzystnie na wydajność pracy i opóźnia pojawienie się zmęczenia.

W miejscu pracy powinien panować idealny porządek i czystość, gdyż każde poszukiwanie narzędzi, surowca lub usuwanie niepotrzebnych przedmiotów obciąża dodatkowo układ nerwowy, przyspieszając wystąpienie zmęczenia. Zabezpieczenie dostatecznej przestrzeni przy warsztacie pracy, właściwej wentylacji, dobrego oświetlenia, sprawnej sygnalizacji oraz właściwej atmosfery ogólnej w zakładzie pracy — to dalsze czynniki zmniejszające zmęczenie.

Zmęczenie można także zwalczać różnego rodzaju środkami pobudzającymi, np. kofeiną, perwityną itp. Jest to jednak sposób niefizjologiczny, mający szkodliwy wpływ na organizm, gdyż likwidując czasowo zmęczenie powoduje jego kumulację w następnym okresie. Tylko wyjątkowe okoliczności wymagające zwiększonego wysiłku ze strony pracującego człowieka mogą usprawiedliwić zastosowanie tych środków w pracy w celu usunięcia zmęczenia.

Tak więc pokrótce przedstawiłem najważniejsze sprawy związane z zagadnieniami zmęczenia i fizjologicznymi podstawami wypoczynku, a także możliwości zapobiegania i walki ze zmęczeniem.

Pragnę podkreślić, że poruszone sprawy mają istotną rolę w rozwiązywaniu zagadnień rehabilitacji zawodowej inwalidów i dobrze się stało, że są między innymi przedmiotem naszej konferencji.

ALEKSANDER KABSCH
Kierownik Poradni Rehabilitacji Zawodowej przy OZSI w Poznaniu

ORGANIZACJA CZYNNEGO WYPOCZYNKU W CZASIE PRACY I PO PRACY W SPÓŁDZIELNIACH INWALIDÓW

Do wielu definicji i określeń rehabilitacji ośmieliłbym się dorzucić jeszcze jedno: „Do rehabilitacji należy każde działanie, które zmierza do zatarcia różnicy pomiędzy osobnikiem chorym, kalekim a społeczeństwem ludzi zdrowych". Szeroki zakres działalności spółdzielczości inwalidzkiej obejmuje wiele poczynań związanych ściśle z rehabilitacją. Działalność ta powiększyła się ostatnio o kierunek, o którym będę mówił.

Jedną z wielkich zdobyczy filozoficznej myśli starożytnej było stwierdzenie, że: *„mens sana in corpore sano"*, a ponieważ *„tempora mutantur"* — dlatego i pojęcie uległo zmianie. Wiemy obecnie, że jednym z decydujących czynników leczących i usprawniających ciało człowieka jest właśnie „zdrowy duch" Zdrowy duch to nic innego jak radość życia, zadowolenie, spokój, zapomnienie o cierpieniu, kalectwie, wyzbycie się fałszywych kompleksów niższości i niepełnowartościowości.

Nieraz, w potocznej mowie, stwierdza się po prostu „ta osoba ma prawdopodobnie za dużo czasu i sama wymyśla sobie kłopoty". Wydaje się, że to lapidarne powiedzenie ma głęboki sens. Zdaje się, że tu dochodzimy do sedna sprawy, bo wolny czas to przede wszystkim wypoczynek. Jak wygląda wypoczynek inwalidy? Jaki powinien być? Czy wypoczynek można regulować, planować, dobierać? Czy wypoczynek może mieć istotnie pozytywny wpływ na proces rehabilitalcji człowieka kalekiego?

Zastanówmy się jak spędza wolny czas inwalida. Przeciętnie o godzinie 15 wychodzi z pracy. Na ogół około godz. 16 jest już po obiedzie. Niektórzy śpią po obiedzie pół godziny lub całą godzinę, a niekiedy dłużej. Niektórzy czytają prasę. Nieliczni idą do ogródka albo wykonują prace domowe. Inni znów, jak np. szewcy, pracują dalej zawodowo w domu. Wielu, bardzo wielu nudzi się po prostu i albo idzie na wódkę, albo wynudziwszy się o zmierzchu kładzie się spać. Kawiarnia czy spacer, kino, teatr

rzadko są udziałem inwalidy. Teatr i kawiarnia nie — „bo za drogo" i „ubrać się trzeba", a „ubrania świątecznego szkoda". Spacer też nie — „przecież dosyć się w pracy namęczyłem, a zresztą jestem inwalidą i chodzenie sprawia mi trudność". I już dochodzimy do smutnej konkluzji, że najprzystępniejszą rozrywką jest pójście na wódkę. Nie trzeba się przebierać, towarzystwo łatwo znaleźć, nie trzeba iść daleko, bo wódkę na ogół kupuje się nie dalej jak w promieniu kilkudziesięciu metrów. Jest i przyjemność, zapomnienie, jakoś łatwiej się rozmawia. A konsekwencje? O nich się nie myśli — „jakoś to będzie". Owszem, będzie — uszczuplony budżet rodzinny, często nowy obywatel — „bo widzi pan, panie doktorze, w tej wódce to jakoś tak człowiek nie potrafi panować nad sobą".

Czy to wszystko znaczy, że inwalida nie chce odpoczywać, nie pragnie rozrywek? Bynajmniej. Nie wie jednak najczęściej, jak je sobie zorganizować. Czy jesteśmy w stanie zapewnić inwalidom właściwy odpoczynek? Spróbuję, w ramach skromnych możliwości, odpowiedzieć na to pytanie. Muszę jednak zastrzec, że wypowiedź moja nie pretenduje do postawienia kropki nad i. Pragnę się zająć jedynie tak zwanym czynnym wypoczynkiem.

Zdefiniować czynny wypoczynek nie jest łatwo. Przez czynny wypoczynek na ogół rozumie się działania zmierzające do oderwania człowieka od czynności zawodowych i środowiska z nimi związanego względnie też innej czynności będącej głównym źródłem zmęczenia. Podstawowym atrybutem czynnego wypoczynku jest odwrócenie w przeciwnym kierunku niektórych procesów psychofizycznych. Pragnę jednak na wstępie zaznaczyć, że zbyt dużym uproszczeniem jest sprowadzenie tego zagadnienia do teorii galenowskiego *„contraria contrariis"* — leczenia środkami przeciwnymi. Postaram się to wyjaśnić w toku dalszych rozważań.

Czynny wypoczynek i jego organizację można sprowadzić do dwóch głównych kierunków. Pierwszy, to czynny wypoczynek w czasie pracy. Drugi, to czynny wypoczynek po pracy.

Założeniem czynnego wypoczynku w czasie pracy jest przerwanie fizjologicznego procesu zmęczenia, będącego następstwem pracy. Odnosi się to zarówno do zmęczenia fizycznego osobnika pracującego fizycznie, jak i do zmęczenia psychicznego pracownika umysłowego. Jak wiemy, nierzadko obydwa rodzaje zmęczenia występują równocześnie. W przypadku pracownika fizycznego na proces zmęczenia fizycznego nakłada się niekiedy zmęczenie psychiczne, wywołane natężoną uwagą przy wykonywaniu złożonych czynności technologicznych. Czasem znużenie psychiczne może występować u pracownika mało wykwalifikowanego przy wykonywaniu całkiem prostych procesów technologicznych.

Może zaistnieć także odwrotna sytuacja — zmęczenie fizyczne nawarstwiające się na zmęczenie psychiczne u pracownika umysłowego. Przykładem może być pracownik biurowy wykonywający swą pracę w niewygodnych warunkach. Na przykład: krzesło, na którym siedzi, jest zbyt niskie, lub też za wysokie, może stół, przy którym pracuje, ma takie same wady, może przepisywanie źle rozłożonych na stole akt zmusza podobnie jak złe krzesło czy stół do przyjęcia niewłaściwej pozycji ciała — co z kolei prowadzi do zmęczenia mięśni utrzymujących ciało w tej przymusowej pozycji. Przykłady takie można by mnożyć w nieskończoność.

Organizując więc czynny wypoczynek w czasie pracy musimy uwzględnić wszystkie czynniki wywołujące zmęczenie. Punktem wyjścia jednak do organizacji czynnego wypoczynku w czasie pracy jest ustalenie czasu występowania zmęczenia. Niestety nie jest to rzeczą łatwą, gdyż krzywa wydajności pracy ma charakter zmienny, zależny od wielu czynników, a przede wszystkim od indywidualnych cech psychofizycznych człowieka. U ludzi zdrowych, pracujących w tych samych warunkach można ustalić pewną średnią. Rzecz wikła się jednak w odniesieniu do inwalidów. W zakładach pracy naszych spółdzielni z reguły bowiem pracują inwalidzi z różnymi kalectwami i schorzeniami, nawet przy identycznych stanowiskach pracy. Niezależnie więc od ich indywidualnych cech psychofizycznych o charakterze fizjologicznym, każdy z inwalidów ma indywidualne cechy patologiczne, mimo że mogą posiadać te same schorzenia czy kalectwa podstawowe. Stąd wniosek, że mimo jednolitego kalectwa proces zmęczenia może występować w różnym nasileniu i że w związku z różnymi stanami indywidualnymi należy indywidualizować dobór czynnego wypoczynku.

Jedną z najprostszych form takiego wypoczynku jest gimnastyka w czasie przerwy w pracy. Nazywa się ją różnie: „gimnastyka zakładowa", „gimnastyka wyrównawcza", „ćwiczenia fizyczne w czasie pracy" itd. Nie miejsce tutaj na ustalenie właściwej nazwy.

W świetle tego, co powiedziałem, budzą się wątpliwości czy w ogóle można mówić o jakimś zorganizowanym czynnym wypoczynku w czasie pracy. Pragnę podkreślić, że taki czynny wypoczynek w czasie pracy trzeba organizować z hipokratesowską zasadą *„primum non nocere"*. Dobór ćwiczeń nie powinien stwarzać trudności nawet najmniej sprawnym inwalidom, ćwiczenia powinny być łatwe, o charakterze rozrywkowym.

Prowadzący ćwiczenia musi znać indywidualne ujemne cechy fizyczne ćwiczących, by mógł z niektórych ćwiczeń wyłączyć tych, dla których są one niewskazane. Ćwiczący muszą być powiadomieni, że żadnego ćwiczenia nie można wykonywać „na

siłę". Ćwiczenia poza tym powinny mieć charakter rozluźniający, szczególnie te grupy mięśniowe, które były najbardziej zaangażowane w procesie pracy i które uległy największemu znużeniu. Stąd wniosek, że poza znajomością indywidualnych cech patologicznych inwalidów, o czym była mowa, prowadzący ćwiczenia musi znać pracę wykonywaną przez inwalidę, aby wiedzieć, które mięśnie narażone były na szczególny wysiłek. Ćwiczenia muszą być prowadzone przez wykwalifikowanych instruktorów. W ustaleniu jakości i nasilenia ćwiczeń musi brać czynny udział lekarz spółdzielni. Każdy przypadek musi być szczegółowo omówiony z prowadzącym ćwiczenia.

Ćwiczenia należy prowadzić codziennie. Natomiast jest sprawą dyskusyjną ustalenie momentu rozpoczynania ćwiczeń. Zasadą jest wprowadzanie czynnego wypoczynku przed wystąpieniem znużenia, w momencie poprzedzającym spadek krzywej wydajności pracy. Ponieważ nie dysponujemy takimi danymi, dlatego wydaje się, że nie będzie błędem, jeżeli ćwiczenia rozpoczynać się będą w połowie dnia pracy. Przyjmuje się, że najodpowiedniejszą porą jest czas między czwartą a piątą godziną pracy.

Czas trwania ćwiczeń fizycznych w czasie pracy określa się dla ludzi zdrowych na dziesięć minut. Dla inwalidów, ze względu na wolniejsze tempo ćwiczeń i wolniejsze przygotowanie się inwalidów do ćwiczeń, ustalono okres 15-minutowy.

Miejscem ćwiczeń w zasadzie jest sala produkcyjna. Ćwiczenia można prowadzić przy stanowiskach pracy, w pozycji siedzącej lub stojącej. Bardzo wskazane jest, wyjście na zewnątrz zakładu i przeprowadzanie ćwiczenia na świeżym powietrzu. Ponieważ nie wszystkie zakłady dysponują odpowiednim miejscem na dworze, dlatego często trzeba ograniczyć się do otwarcia okien i dobrego przewietrzenia hali produkcyjnej.

W końcu pragnę jeszcze poruszyć trzy sprawy ściśle organizacyjne. Pierwsza z nich, to sprawa tak zwanych społecznych instruktorów. W zakładach pracy dla ludzi zdrowych wyznacza się spośród załogi osoby chętne i zainteresowane wychowaniem fizycznym, które po odpowiednim przeszkoleniu pomagają instruktorowi wychowania fizycznego w prowadzeniu ćwiczeń. W dużych zakładach instruktor WF staje się wtedy instruktorem-koordynatorem, a główny ciężar ćwiczeń spoczywa na instruktorach społecznych. Taka forma organizacyjna daje dość dobre wyniki. W przypadku jednak spółdzielczości inwalidów należałoby podejść do tego bardzo ostrożnie. Głównie z tego względu, że społeczny instruktor nie mający zawodowego wykształcenia w dziedzinie wychowania fizycznego może przyczynić się do pogłębienia kalectwa któregoś z ćwiczących. Z kilkumiesięcznej obserwacji pracy instruktorów wychowania fizycz-

nego — absolwentów WSWF — prowadzących ćwiczenia fizyczne w spółdzielniach inwalidów w Poznaniu wynika, że mimo dobrego przygotowania zawodowego instruktorzy mają duże trudności w doborze i prowadzeniu ćwiczeń z inwalidami.

Następną sprawą jest prowadzenie ćwiczeń według tekstów nagranych na taśmę magnetofonową. Największą zaletą takiej formy prowadzenia ćwiczeń jest uniezależnienie się od instruktora WF, wadą — brak czynnego nadzoru nad ćwiczącymi. Dlatego formę taką zalecić można jedynie zakładom zatrudniającym jednorodną grupę inwalidów, np. niewidomych, głuchych, amputowanych.

Ostatnia wreszcie sprawa, to zwracanie inwalidom kosztów za stracony czas przy pracy. Wysunięta swego czasu na terenie spółdzielczości inwalidzkiej koncepcja płacenia pracownikom za 15-minutową przerwę w pracy spowodowała dużo nieporozumień i doprowadziła nawet do przerwania omawianej akcji w kilku spółdzielniach. Należy zdać sobie sprawę, że zachodzi tutaj jedynie pozorna strata czasu. Realne korzyści płynące z czynnego wypoczynku w czasie pracy przewyższają rzekomą utratę zarobku, spowodowaną przerwą w pracy. Jak wynika z doświadczeń zagranicznych i niektórych zakładów pracy w kraju wydajność pracy w takich warunkach wzrasta. Następuje to zwykle w drugim kwartale prowadzenia czynnego wypoczynku w czasie pracy. Pracownicy nie zdają sobie sprawy z tego, że przecież samorzutnie przerywają pracę na krótkie odpoczynki. Obliczyłem, że np. niewidomy szczotkarz traci dziennie przeciętnie około 1 godziny na przerwy w pracy. Jest w tym i wychodzenie „na papieroska", i „rozprostowanie kości", i czas „na pogaduszki".

Rozpoczynając organizację czynnego wypoczynku w czasie pracy należy przeprowadzić odpowiednią akcję informacyjną wśród załogi. Akcję taką powinien prowadzić kolektyw złożony z przedstawiciela zarządu spółdzielni, lekarza spółdzielni i instruktora WF. Z naciskiem pragnę podkreślić olbrzymią rolę zarządu spółdzielni, który powinien pociągnąć inwalidów własnym przykładem. Spotkałem się bowiem z takim przypadkiem, że jednym z czynników zniechęcających załogę do ćwiczeń była nieobecność na ćwiczeniach przedstawicieli zarządu spółdzielni. Inwalidzi wprost powiedzieli mi: „Z tą gimnastyką to musi być jakaś lipa, bo gdyby coś dawała, to prezesi i kierownicy spółdzielni też by ćwiczyli". Komentarz jest tu zbyteczny.

Jeżeli chodzi o czynny wypoczynek po pracy, to można tu wymienić nieporównanie bogatsze formy działania — od ćwiczeń fizycznych prowadzonych bezpośrednio po pracy począwszy, na wczasach skończywszy.

Czynny wypoczynek po pracy można rozpoczynać zaraz po zakończeniu pracy — na terenie zakładu pracy. Taką formę stosują niektóre zakłady przemysłowe dla ludzi zdrowych w Związku Radzieckim. Ponieważ nie posiadam bliższych danych ani własnego doświadczenia w tym zakresie poprzestaję na zakomunikowaniu o istnieniu takiej formy czynnego wypoczynku.

Jedną z podstawowych form czynnego wypoczynku po pracy jest zespołowa gimnastyka rekreacyjna na salach gimnastycznych. Z braku sali gimnastycznej zajęcia można prowadzić w jakiejkolwiek sali. Wskazane jest, by zaimprowizowana sala gimnastyczna posiadała parkiet lub podłogę umożliwiającą wykonywanie ćwiczeń w pozycji siedzącej i leżącej.

Zespołowa gimnastyka rekreacyjna polega na wprowadzaniu różnych elementów ćwiczeń fizycznych głównie o charakterze zabawowym. Można łączyć ją z takimi grami sportowymi, jak: siatkówka, koszykówka, piłka ręczna, badmington. Gry te, z wyjątkiem koszykówki, prowadzi się niekiedy w pozycji siedzącej. Wyrównuje się wtedy szanse graczy o różnej sprawności fizycznej i różnej wydolności chodu, przy czym gry nie tracą nic na swej atrakcyjności. W koszykówkę mogą grać inwalidzi posługujący się małymi wózkami inwalidzkimi. W tej formie rozgrywa się nawet spotkania klubowe i międzynarodowe inwalidów.

Zaleca się, by zajęcia rozpoczynać ogólnymi ćwiczeniami gimnastycznymi o charakterze rozgrzewającym, następnie przejść do ćwiczeń zabawowych, np. z piłką lub innym przyborem gimnastycznym, a zakończyć grami sportowymi.

Zespołową gimnastykę rekreacyjną prowadzi się dwa do trzech razy w tygodniu przez jedną do dwóch godzin. Udział w niej mogą brać inwalidzi o różnych kalectwach i stopniach sprawności ruchowej. Przeciwwskazaniem są jedynie czynne procesy chorobowe i schorzenia układu sercowo-naczyniowego.

Instruktor prowadzący ćwiczenia musi znać indywidualne cechy kalectwa, by w niektórych przypadkach wyłączyć inwalidę z ćwiczenia, jeżeli nie jest ono dla niego wskazane. Podkreślić należy, że takie zajęcia fizyczne nie mogą być ani męczące, ani nudne, muszą być stale atrakcyjne i prowadzone w atmosferze radosnej i przyjemnej. Prowadzący zajęcia powinien czuć się jak konferansjer, od którego zależy powodzenie spektaklu, i powinien być do tej roli przygotowany. Równocześnie musi on postępować z wielkim taktem, np. w razie chwilowego wykluczenia kogoś z ćwiczenia.

Do ważnych zadań organizacyjnych należy zabezpieczenie inwalidom dojazdu na miejsce ćwiczeń. Wszystkie spółdzielnie dysponują funduszem socjalnym, który może być wykorzystany na ten cel.

W końcu pragnę zwrócić uwagę na dwa sposoby związujące zespół, tanie i dla wszyskich dostępne. Pierwszy, to wspólny śpiew, który można wplatać do zajęć i którym powinno się kończyć zajęcia. Drugi, to zorganizowanie od czasu do czasu pod koniec zajęć wspólnej, składkowej kawki z ciastkiem.

Inną z podstawowych form czynnego wypoczynku inwalidy jest pływanie. W miastach, w których są kryte baseny, pływanie może być uprawiane przez cały rok. Pływanie dostępne jest dla większości inwalidów, nawet dla niektórych grup inwalidów nie chodzących. Wartość pływania jest olbrzymia; poza tym, że sprawia inwalidom przyjemność, ćwiczy pewne grupy mięśni, układ oddechowy, podnosi ogólną sprawność. Posiadający umiejętność pływania może brać udział w spływach kajakowych i w żeglarstwie.

Przeciwwskazaniem do pływania są głównie niektóre schorzenia układu krążenia, czynne procesy zapalne kości i stawów, stała perforacja błony bębenkowej u głuchych. Zaleca się, by pływanie rozpoczynać w sezonie zimowym, na basenie krytym, gdzie można wydzielić godziny korzystania z basenu wyłącznie dla inwalidów. Zdecydowana większość inwalidów, z reguły tych z widocznym kalectwem, nie pływa głównie dlatego, że krępuje ich otoczenie ludzi zdrowych. Stopniowo można przezwyciężyć ten kompleks kontaktując na basenie inwalidów ze sportowcami. Przejście latem na plażę publiczną lub basen jest wtedy łatwiejsze i mniej szokujące. W praktyce nie udaje się wyodrębnić latem basenu wyłącznie dla inwalidów. Ma to jednak tę dodatnią stronę, że szybciej zbliża inwalidów do społeczności zdrowych.

W okresie letnim z sal gimnastycznych przechodzi się na boiska i stadiony sportowe. Zespołowa gimnastyka rekreacyjna przekształca się wtedy w zespołowe gry i zabawy oraz ćwiczenia czysto sportowe, jak np. różne dyscypliny lekkiej atletyki. Rzuty i pchnięcia dostępne są nawet dla inwalidów przykutych do wózka. Zajęcia uzupełniamy strzelectwem i łucznictwem, które dostępne są dla większości inwalidów.

Wprowadza się kajakarstwo, wioślarstwo, żeglarstwo. Warunkiem uprawiania tych sportów jest oczywiście umiejętność pływania.

Dochodzimy tu do niebywale atrakcyjnej formy czynnego wypoczynku, jakim są spływy kajakowe. Spływ może być jedno-, kilku- lub kilkunastodniowy.

Łączy się z tym inna przemiła i atrakcyjna forma wypoczynku — biwakowanie. Biwaki można organizować także niezależnie od spływów, na przykład w sobotę po południu można wyjechać pociągiem czy innym środkiem lokomocji nad najbliższe jezioro

w lesie. Samodzielne rozbijanie namiotów, gotowanie, wieczór spędzony przy ognisku, to przeżycia pozostające długo w pamięci.

Również autokarowe wycieczki niedzielne cieszą się wśród inwalidów dużym wzięciem.

Warunkiem jednak powodzenia każdej akcji jest prowadzenie jej przez doświadczonego instruktora. Wycieczki czy biwak muszą mieć swój program, muszą mieć charakter sportowy i sportową dyscyplinę. Ta ostatnia jest niebywale ważnym czynnikiem i brak jej może wypaczyć pierwotny cel wycieczki.

Z innych form czynnego wypoczynku należy wymienić grę w kręgle, niestety u nas w kraju tak mało popularną, zajęcia świetlicowe z dobrze dobranymi grami i zabawami towarzyskimi oraz nauką tańca. Jak wielkie znaczenie może mieć taniec, wymownie przedstawia następujący przypadek. Inwalida amputowany w obrębie uda, lat 32, zwierzył się kiedyś, że powstaje duży rozdźwięk między nim a żoną. Żona lubi bawić się, tańczyć, a on nawet nie pomyślał o tym, że mając protezę można nauczyć się tańczyć. Na jednym z turnusów rehabilitacyjno-sportowych nauczył się tańczyć. Dziś chodzą razem z żoną na dancingi i nie ma już mowy o rozkładzie małżeństwa.

Turnusy rehabilitacyjno-sportowe mają w spółdzielczości inwalidzkiej trzyletnią tradycję. Istnieją dwie formy: zimowa z nauką jazdy na nartach i letnia z pływaniem i lekką atletyką oraz biwakami. Turnusami objęto chwilowo trzy grupy inwalidów: amputowanych, głuchych i niewidomych. W najbliższej przyszłości planuje się objęcie tą akcją także innych grup inwalidów. Turnusy te nastawione są głównie na lecznicze usprawnianie inwalidów, z wykorzystaniem różnych form sportu. Wartość ich potwierdzają badania naukowe.

Ponieważ akcja ta była już przedmiotem dyskusji wielu konferencji i narad, a poza tym została opisana w kilku artykułach nie będę jej bliżej omawiał. Podkreślić jednak muszę, że turnusy rehabilitacyjno-sportowe są olbrzymim osiągnięciem Związku Spółdzielni Inwalidów.

DYSKUSJA NAD REFERATAMI I WNIOSKAMI KOMISJI*)

Dyskusja, która toczyła się w czasie konferencji, była ożywiona i dotyczyła wielu zagadnień. Wzięli w niej udział przede wszystkim lekarze spółdzielni i inspektorzy lekarscy terenowych związków, jak również przedstawiciele wydziałów zdrowia, poradni specjalistycznych, Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, społecznych organizacji inwalidzkich oraz działacze spółdzielczości inwalidzkiej. A oto lista dyskutantów:

ZOFIA BEKIEL	— Inspektor lekarski OZSI, Warszawa
JÓZEF BUCZKOWSKI	— Dyrektor Ośrodka Rehabilitacji Niewidomych w Bydgoszczy
MIECZYSŁAW DŁUGOKĘCKI	— Lekarz Spółdzielni Inwalidów „Świt", Warszawa
KAZIMIERZ DZILIŃSKI	— Naczelnik Wydziału w Departamencie Rehabilitacji Zawodowej Inwalidów MZiOS
JERZY FISCHBACH	— Lekarz Spółdzielni Inwalidów im. Świerczewskiego, Poznań
KRYSTYNA JANKOWIAK	— Lekarz Poradni Rehabilitacji Zawodowej przy OZSI, Poznań
ALEKSANDER KABSCH	— Kierownik Poradni Rehabilitacji Zawodowej przy OZSI, Poznań
ZOFIA KAMZA	— Inspektor lekarski OZSI, Poznań
JÓZEF KITNAR	— Kierownik Działu Rehabilitacji ZSI
BRONISŁAW KOSTKIEWICZ	— Kierownik Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Warszawie
JAN MATCZAK	— Lekarz Spółdzielni Inwalidów, Łódź
MIECZYSŁAW MICHALAK	— Prezes Polskiego Związku Niewidomych
BRONISŁAW NAGAY	— Inspektor lekarski WZSI, Koszalin
EUGENIUSZ NIELIWODZKI	— Lekarz Spółdzielni Inwalidów „Inwalida", Rypin

*) Streszczenie na podstawie stenogramu.

ZBIGNIEW NOWAK	— Lekarz Wielobranżowej Spółdzielni Inwalidów, Tarnów
TADEUSZ PARADYSTAL	— Kierownik Pracowni Lekarskiej Zakładu Badawczego ZSI
TADEUSZ PAROLL	— Zastępca Kierownika Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej PRN w Opolu
SŁAWOMIR RUTKOWSKI	— Lekarz, konsultant Polskiego Związku Niewidomych
J. SĘCZKOWSKI	— Kierownik Zakładu Pracy Chronionej dla chorych psychicznie, Łódź
STEFAN SKUPIŃSKI	— Lekarz Handlowej Spółdzielni Inwalidów, Łódź
STANISŁAW ŚWIĄTKOWSKI	— Lekarz Spółdzielni Inwalidów „Rozwój", Gdańsk
JANINA TOMASZEWSKA	— Kierownik Katedry Medycyny Rehabilitacyjnej AM, Poznań
BOLESŁAW TRĄMPCZYŃSKI	— Dyrektor Zakładu Badawczego ZSI, Warszawa
ZDZISŁAW WASIECZKO	— Lekarz Spółdzielni Inwalidów „Odrodzeni", Kraków
CZESŁAW ZAWORSKI	— Inspektor lekarski WZSI, Olsztyn

Problematyka poruszana w wypowiedziach dyskusyjnych świadczy o dużym zaangażowaniu lekarzy spółdzielni i terenowych związków w rozwiązywaniu najistotniejszych trudności i sprzeczności nurtujących spółdzielczość inwalidzką. Objawem szczególnie znamiennym i godnym zanotowania było docenianie przez lekarzy zagadnień ekonomicznych i rzetelna próba pogodzenia zadań gospodarczych spółdzielni z ich rolą społeczną.

DOBÓR PRACY

Jednym z najbardziej dyskutowanych problemów była sprawa doboru pracy dla inwalidów oraz zwiększenie procentu zatrudnienia ciężko poszkodowanych inwalidów (I i II grupy) i związanych z tym trudności organizacyjnych i ekonomicznych.

Większość dyskutantów zgodna była w zasadzie co do celowości i konieczności oparcia zatrudnienia inwalidów o racjonalny i zgodny ze współczesnym stanem wiedzy dobór pracy. W wypowiedziach podkreślane były szczególnie dwie rzeczy: 1) podstawą rehabilitacji zawodowej musi być przede wszystkim dobór i przystosowanie pracy do inwalidy, a nie inwalidy do pracy,

2) przyjęcie inwalidy do spółdzielni musi być poprzedzone badaniem kwalifikacyjnym (wstępnym) zmierzającym do określenia, na jakim stanowisku pracy i w jakich warunkach może być zatrudniony inwalida (Kabsch). Z pierwszym zagadnieniem wiąże się ściśle sprawa struktury branżowej spółdzielni, zwłaszcza w małych ośrodkach powiatowych (Kabsch, Paroll). Jeżeli w danej miejscowości istnieje jedna spółdzielnia jednobranżowa lub — jak to się również zdarza — 2 spółdzielnie tej samej branży, nie może być mowy o racjonalnym doborze pracy dla inwalidy. Dlatego dyskutanci postulowali konieczność rozszerzenia kierunków branżowych tych spółdzielni (Kabsch) lub tworzenia kilku spółdzielni o różnych branżach (Paroll). Zdając sobie sprawę z trudności ekonomicznych i organizacyjnych związanych z wielobranżowością, jeden z dyskutantów zaproponował konkretną drogę zmierzającą do zwiększenia zakresu produkcji w spółdzielniach poprzez rozszerzenie kooperacji z przemysłem kluczowym. Stwarza to podstawy stabilizacji ekonomicznej spółdzielni i doboru pracy odpowiedniej dla ciężko poszkodowanych inwalidów. Przykładem mogą być spółdzielnie okręgu poznańskiego, które nawiązały współpracę z zakładami Cegielskiego w Poznaniu (Kabsch).

Wiele uwagi poświęcono w dyskusji również zagadnieniom techniki doboru pracy i badań kwalifikacyjnych (wstępnych). Wypowiedzi koncentrowały się głównie wokół sprawy przedstawionej w referacie metody doboru pracy poprzez porównanie karty sprawności inwalidy z kartą wymagań stanowiska pracy. Większość uczestników konferencji, zabierających głos w dyskusji, zgodna była co do konieczności usystematyzowania tych spraw, zastrzegając równocześnie konieczność dostosowania przedstawionych metod do realnych możliwości i potrzeb spółdzielczości inwalidzkiej. Wszyscy dyskutanci wypowiedzieli się za bezwzględnym przestrzeganiem obowiązku badań kwalifikacyjnych przed przyjęciem do pracy inwalidy, podając jednocześnie przykłady lekceważenia przez zarządy spółdzielni tego obowiązku (Fischbach).

Analizując to zagadnienie dr Kabsch stwierdził między innymi: *„Badania kwalifikacyjne w spółdzielniach inwalidów, to problem złożony; jego rozwiązanie nie leży wyłącznie w zakresie możliwości lekarzy spółdzielni. Słyszymy wiele twardych słów ze strony Związku Spółdzielni Inwalidów, ale prosimy równocześnie o pomoc w wykonywaniu naszych zadań. Badania kwalifikacyjne nie mogą być przeprowadzane dopóty, dopóki spółdzielnie nie będą przestrzegały zarządzeń o obowiązku poddawania badaniu każdego inwalidy — kandydata do pracy w spółdzielni. Stwierdziłem — mówił dalej dr Kabsch — że w większości spół-*

dzielni przyjmuje się do pracy inwalidów bez wiedzy lekarzy, którzy dowiadują się o zaangażowaniu nowego pracownika dopiero w przypadku jego zachorowania. Zarządy spółdzielni nie zdają sobie sprawy, że przyjmują na siebie wielką odpowiedzialność za stan zdrowia nowego pracownika i mogą ponieść wszystkie konsekwencje prawne swego postępowania".

Podobną sytuację stwierdza się również w dziedzinie przeprowadzania badań kontrolnych w spółdzielniach, pomimo istniejących wyraźnych wytycznych ZSI. Mówił o tym dr Nagay: *„Był zarzut, że stosunkowo niewielki procent inwalidów był poddany badaniom kontrolnym. Sprawa ta nie jest jednak taka prosta. Często zdarza się, że inwalida wyzyskuje wszelkie możliwe sposoby, aby uniknąć badania i dlatego trzeba do tej sprawy podejść rygorystycznie, aż do zwalniania z pracy inwalidów uchylających się od obowiązku badań kontrolnych".*

Jeżeli chodzi o metodę doboru pracy dla inwalidów zgłaszających się do spółdzielni dyskutanci wypowiadali się na ogół za tezami przedstawionymi w referacie, uznając za celowe wprowadzenie karty wymagań stanowiska pracy i karty pozostałych sprawności inwalidy. Niektórzy z dyskutantów przestrzegali przed niebezpieczeństwem sprowadzenia doboru pracy do funkcji mechanicznej (Rutkowski, Sęczkowski). Zrozumienie tego niebezpieczeństwa wynikało zresztą z wypowiedzi większości dyskutantów, którzy podkreślali, że cytowane dokumenty mogą służyć lekarzowi jedynie jako pomoc i ogólna wskazówka, sam dobór pracy musi być jednak oparty na indywidualnej możliwie i pełnej ocenie stanu psychicznego inwalidy, jego sytuacji bytowej, rodzinnej i wielu innych czynników trudno uchwytnych w schematycznej karcie badania.

W dyskusji podkreślano również, że samo przeprowadzenie analizy funkcjonalnej stanowisk pracy (paszportyzacji stanowisk pracy) przez lekarzy, psychologów i techników przyczyni się do lepszego poznania zakładów pracy, co stanowi jeden z podstawowych elementów działalności lekarzy spółdzielni. Padły wnioski, aby sprawą opracowania jednolitych zasad doboru pracy w spółdzielni oraz związanej z tym dokumentacji zajął się Zakład Badawczy ZSI.

ZATRUDNIENIE INWALIDÓW I i II GRUPY

Wielu dyskutantów poruszyło problem zatrudnienia ciężko poszkodowanych inwalidów I i II grupy. „Zarządy spółdzielni — mówiła na ten temat dr Kamza — wychodzą z założeń ekono-

micznych, a nie rehabilitacyjnych. W efekcie zatrudnia się inwalidów stosunkowo najmniej poszkodowanych. Stanowią oni 70% zatrudnionych w spółdzielniach inwalidów. Kiedy dojdziemy do tego, żeby zatrudniać ciężko poszkodowanych inwalidów po epidemii choroby Heine-Medina z 1951 r., którzy mają porażenia kończyn dolnych? Są to ludzie 20-letni i praca chałupnicza nie jest dla nich rozwiązaniem". Myśl tę dalej rozwinął dr Kabsch, stwierdzając, że procent zatrudnienia inwalidów ciężko poszkodowanych obniża się. Zdaniem mówcy jest w tym wina zarówno zarządów spółdzielni, jak i trudności obiektywnych. *„Nie widzę obecnie żadnych możliwości zatrudniania w naszych spółdzielniach inwalidów na wózkach — stwierdził dr Kabsch. Żaden lokal, zadne rozmieszczenie stanowisk pracy nie pozwala na to. A przecież inwalidzi I i II grupy, to przede wszystkim ludzie przykuci do wózków".* W wielu wypowiedziach podkreślano trudności we właściwym zorganizowaniu pracy inwalidów, zwłaszcza I i II grupy, związane z nierytmicznością pracy w spółdzielniach wynikającą głównie z braku surowca. Powoduje to duże okresowe nasilenie tempa pracy, szczególnie szkodliwe dla inwalidów z powodu chorób układu krążenia, przewodu pokarmowego, chorych psychicznie, gruźlików (Fischbach, Długokęcki, Tomaszewska). W dwu wypowiedziach poruszono również sprawę przewidywanych zmian w strukturze inwalidztwa i związanych z tym zmian w podejściu do organizacji zatrudnienia inwalidów w przyszłości (Dziliński, Paradystal). Omawiając to zagadnienie nacz. Dziliński powiedział: *„Za parę lat sprawa indywidualnego oprzyrządowania inwalidy przestanie być zasadniczym problemem. Już dziś komisje lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia zaliczają jedynie 10% osób do jednej z grup inwalidzkich z powodu schorzeń narządu ruchu. Stąd wniosek, że w najbliższej przyszłości podstawowy problem będzie leżał w organizacji pracy i odpowiednim wyposażeniu całych spółdzielni zgodnie z potrzebami zatrudnionych inwalidów, wymagających specjalnych warunków pracy".*

Stosunkowo wielu mówców postulowało nastawianie się na organizowanie zakładów pracy chronionej przejściowej, dla tych chorych, których inwalidztwo jest czasowe i którzy po dłuższym lub krótszym okresie rehabilitacji zawodowej będą mogli przejść do otwartego zatrudnienia (Zaworski, Tomaszewska).

Z problemem zatrudnienia inwalidów I i II grupy w specjalnych zakładach pracy chronionej wiąże się na ogół sprawa dojazdu do pracy. Jest to stosunkowo łatwe do rozwiązania w większych miastach (przynajmniej w odniesieniu do niektórych grup inwalidów), stanowi jednak istotną i trudną do pokonania przeszkodę w warunkach powiatowych. Stąd wielu dyskutantów zajmowało się problemem zabezpieczenia mieszkań dla inwalidów

przy specjalnych zakładach pracy chronionej. Ciekawą koncepcję wysunął dr Kabsch, proponując organizowanie internatów „typu sublokatorskiego", w których inwalidzi mogliby mieszkać za niewielką opłatą. Internaty takie umożliwiłyby inwalidom zamieszkałym na wsi pracę w spółdzielniach zlokalizowanych przeważnie w miastach powiatowych. Spełniłyby one równocześnie rolę wychowawczą i stanowiłyby pierwszy krok na drodze włączenia ciężko poszkodowanych inwalidów do społeczeństwa ludzi zdrowych. Tym samym problemem zajmuje się obszernie w swojej wypowiedzi dr Zaworski. Zwraca on uwagę na paradoksalny fakt, że podczas gdy w poradniach przeciwgruźliczych na terenie kraju zarejestrowanych jest około 500 000 chorych, z których znaczna część wymagałaby pracy w warunkach chronionych, organizowane przez ZSI specjalne zakłady pracy chronionej mają trudności z doborem pracowników. Wynika to z lokalizacji tych zakładów. Jako przykład przedstawię sytuację spółdzielni w Prabutach. Pomimo że w miasteczku istnieje duże sanatorium na 1 000 chorych, spółdzielnia z trudem znajduje właściwych kandydatów do pracy. „Zakłady pracy chronionej — mówi dr Zaworski — będą miały rację bytu i będą działały z pożytkiem dla społeczeństwa, jeżeli potrafimy stworzyć przy nich półsanatoria i hotele dla przewlekle chorych".

Podobne myśli zawarte są w wypowiedzi dr Tomaszewskiej, która postuluje organizowanie dla ciężko poszkodowanych inwalidów internatów z odpowiednią obsługą, na zasadach odpłatności. Można by wykorzystać na ten cel niektóre domy dla przewlekle chorych, szczególnie młodzieżowe — oczywiście w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej.

Dr Świątkowski zaproponował, aby przy sanatoriach organizować zamknięte zakłady pracy chronionej dla chorych wymagających długotrwałego leczenia.

PRACA LEKARZA SPÓŁDZIELNI INWALIDÓW

Większość lekarzy w swoich wypowiedziach zajmowała się oczywiście samą organizacją pracy lekarza spółdzielni. Trzeba zaznaczyć, że wypowiedzi te nie ograniczyły się bynajmniej do wyliczania trudności, ale że cechowało je usiłowanie znalezienia konstruktywnych rozwiązań na przyszłość i obiektywna ocena dotychczasowych osiągnięć.

Wypowiadano się ogólnie za kontynuowaniem przyjętej dotychczas linii, w której lekarz spółdzielni sprawuje pełną opiekę leczniczą i profilaktyczno-rehabilitacyjną nad zatrudnionymi

inwalidami. Jednakże niektórzy dyskutanci (Kabsch, Paroll) zwracali uwagę na częstą dysproporcję pomiędzy działalnością usługowo-leczniczą lekarza spółdzielni, a jego zaangażowaniem w problematykę rehabilitacyjną. Sprawowanie pełnej opieki lekarskiej nad zatrudnionymi inwalidami jest słuszne i konieczne, gdyż zapewnia stałą znajomość stanu zdrowotnego załogi, obserwację zachorowalności i absencji chorobowej (Nieliwodzki, Nagay). Należy jednak pamiętać o konieczności zapewnienia odpowiedniej ilości godzin pracy dla lekarza, tak by mógł on wywiązać się ze wszystkich swoich obowiązków.

Dość poważną trudnością w pracy lekarza spółdzielni jest brak odpowiednich pomieszczeń na gabinety lekarskie. Często zmusza to lekarzy do przyjmowania w mieszkaniach prywatnych, co jest z wielu względów nie do przyjęcia — wydziały zdrowia odmawiają lekarzom prawa do wystawiania recept z 30 proc. odpłatnością w gabinecie prywatnym (Nieliwodzki), lekarz pracuje w oderwaniu od zakładu pracy. Ciekawy aspekt tego zagadnienia poruszyła dr Kamza, zwracając uwagę na fakt, że nawet w nowo budowanych spółdzielniach mogą być trudności z urządzeniem gabinetów lekarskich. Mianowicie stacje sanitarno-epidemiologiczne stawiają wobec gabinetów lekarskich przy spółdzielniach wymagania analogiczne do przychodni lekarskich przy zakładach przemysłowych, żądając wyodrębnienia poczekalni, laboratorium, zepewnienia przepisowego metrażu itp. Na terenie okręgu poznańskiego zanotowano już przypadki zamknięcia przez san.-epid. kilku gabinetów lekarskich z tych właśnie powodów.

ABSENCJA CHOROBOWA

Celowość prowadzenia ewidencji i analizy absencji chorobowej w spółdzielniach inwalidów podkreślana była przez wszystkich dyskutantów, którzy w swoich wypowiedziach zatrzymali się nad tym zagadnieniem. Domagano się opracowania szczegółowych wytycznych i wzorów dokumentacji, uważając, że dotychczasowe formy dokumentacji nie są wystarczające.

W obszernej wypowiedzi dr Skupiński uzupełnił referat dra Woszczka, przedstawiając celowość obliczania niektórych wskaźników absencji chorobowej zgodnie ze sprawozdaniem Mz-Og-25:

„Jak wiadomo arkusz Mz-Og-25 w głównej części ma ugrupowane dni zwolnień wg 35 zasadniczych schorzeń z rozbiciem na zwolnienia wydane przez lekarza zakładowego, lekarzy rejonowych oraz lekarzy szpitalnych.

Źródłem danych do tej części — która jest później podstawą analizy absencji chorobowej — są druki zwolnieniowe L-4, w dru-

giej części arkusz Mz-Og-25 zawiera cztery wskaźniki absencji chorobowej, z których pierwszy, najważniejszy, będzie w Łodzi wymagany do sprawozdań kwartalnych.

Wypełnienie pierwszej części arkusza Mz-Og-25 nie jest żadnym problemem: wystarczy numery statystyczne z druków L-4 umieścić w odpowiednich rubrykach grup chorobowych, a potem zsumować je i cała praca jest wykonana.

Specjalne zagadnienie stanowią wskaźniki zawarte w drugiej części arkusza Mz-Og-25. Po pierwsze dlatego, że sposób ich obliczania nie jest ujednolicony, a więc wyniki różne, a po drugie dlatego, że 2 ostatnie z nich są po prostu fałszywe, gdyż zasadniczy parametr będący podstawą ich obliczenia nie jest prawdziwy i co gorsze nie może być prawdziwy.

Nie jest to żadną rewelacją i wszyscy wiedzą, że te dwa wskaźniki są fałszywe, jednak obliczają je fałszywie od wielu lat, albowiem inaczej ich obliczyć nie można.

Co jest tym fałszywym parametrem, zniekształcającym całkowicie wynik obliczanych wskaźników? Jest to „liczba przypadków zachorowań". Jak wiadomo do obliczenia podstawowych wskaźników absencji chorobowej w arkuszu Mz-Og-25 potrzebne są następujące dane:

1) liczba dni niezdolności do pracy w danym miesiącu,
2) liczba pracowników w danym miesiącu (średnia),
3) liczba dni pracy w danym miesiącu (bez niedziel i świąt),
4) liczba przypadków zachorowań.

Na podstawie trzech pierwszych punktów oblicza się dwa pierwsze wskaźniki absencji i tylko te wskaźniki można brać pod uwagę, gdyż są prawdziwe — jeżeli są prawidłowo obliczone. Jakie to są wskaźniki, jak się je oblicza i jakie błędy popełnia się przy ich obliczaniu — pozwolę sobie w dużym skrócie tutaj przedstawić. Pierwszy zasadniczy i najważniejszy — to wskaźnik absencji chorobowej. Określa on, jaki odsetek dni roboczych w miesiącu sprawozdawczym został stracony dla produkcji z powodu absencji chorobowej. Wskaźnik ten oblicza się w następujący sposób: W liczniku ułamka umieszcza się liczbę dni zwolnień z pracy z powodu choroby i mnoży się przez 100, a w mianowniku umieszcza się liczbę dni pracy w miesiącu i mnoży się przez średnią liczbę pracowników w miesiącu sprawozdawczym. Po wykonaniu tego prostego działania matematycznego otrzymuje się gotowy wskaźnik absencji chorobowej.

Tu jeszcze należy wyjaśnić, co to jest średnia liczba pracowników oraz wyraźnie podkreślić, że do obliczania wskaźnika bierze się dni pracy w miesiącu, a nie dni kalendarzowe, np. w październiku było nie 31 dni pracy, lecz 26. Średnią liczbę pracowni-

ków otrzymuje się przez dodanie liczby pracowników w dniu 1 października do liczby pracowników w dniu 1 listopada i podzieleniu sumy przez dwa.

Przykład

Handlowa Spółdzielnia Inwalidów w dniu 1 października 1961 r. miała 232 pracowników, natomiast w dniu 1 listopada br. tylko 228 — średnia więc wynosi 230 pracowników. Dla przykładu podam obliczenie wskaźnika absencji w Handlowej Spółdzielni Inwalidów w sierpniu 1961 r.:

Dni zwolnień było 480, pracowników 235, dni pracy 26 — powstaje więc działanie:

$$\frac{48\,000}{235 \times 26} = 4\,800 : 611 = 7{,}85,$$

co oznacza, że w sierpniu 1961 r. wskaźnik absencji chorobowej w tej spółdzielni wynosił 7,85, oznacza to, że 7,85% dni roboczych zostało straconych z powodu absencji chorobowej.

Drugim z kolei wskaźnikiem jest tzw. wskaźnik dni niezdolności na 100 zatrudnionych. Określa on stosunek liczby dni niezdolności do pracy do średniej liczby pracowników pomnożony przez 100. W nawiązaniu do podanego przykładu wykonujemy następujące działanie:

$$\frac{480 \times 100}{235} = 48\,000 : 235 = 204{,}2,$$

co oznacza, że w miesiącu sierpniu 1961 r. na 100 pracowników Handlowej Spółdzielni Inwalidów w Łodzi 204,2 dni robocze były stracone z powodu absencji chorobowej.

Trzeci wskaźnik jest wskaźnikiem zachorowalności i określa, jaki procent pracowników w okresie sprawozdawczym uległ zachorowaniom, powodującym czasową niezdolność do pracy. Wskaźnik ten jest nieprawdziwy, gdyż nie ma sposobu na prawdziwe obliczenie przypadków zachorowań.

Arkusz Mz-Og-25 podaje, że należy uważać za przypadki zachorowań liczbę druków L-4 w okresie sprawozdawczym. Praktyka wykazuje, że liczba druków L-4 w żadnym wypadku nie jest równa liczbie zachorowań. I tak np. w sierpniu 1961 r. na wymienione 480 dni zwolnieniowych dostarczono 56 druków L-4, które otrzymało 39 chorych. Bliższa analiza druków L-4 wykazała, że niektórzy chorzy przynosili po kilka druków na te same numery statystyczne, czyli z powodu tych samych chorób.

Czwarty i ostatni wskaźnik to „Wskaźnik nasilenia zachorowalności", który wskazuje, ile dni przeciętnie wynosiła niezdolność do pracy z powodu choroby. Powinien wykazywać, ale nie wykazuje, gdyż — jak udowodniono — nie ma na razie sposobu, aby obliczyć prawidłową liczbę przypadków zachorowań.

Dochodzę do wniosku, że nie mając arkuszy Mz-Og-25 nie można w żadnym przypadku analizować absencji chorobowej. Poza tym obliczanie 3 i 4 wskaźnika absencji jest zupełnie zbędne, dopóki nie będzie prawidłowo obliczana liczba przypadków zachorowań. Natomiast niezbędne jest comiesięczne obliczanie wskaźnika absencji i wskaźnika dni niezdolności na 100 zatrudnionych. Ten punkt powinien być włączony do kwartalnych sprawozdań lekarskich".

Dr Paradystal zwrócił uwagę, że ZSI od dawna docenia konieczność prowadzenia analizy absencji chorobowej w spółdzielniach inwalidów i że próba takiej analizy podjęta została w arkuszach informacyjnych nr 2. Arkusze te zawierają zestawienie dni niezdolności do pracy w zależności od rodzaju inwalidztwa, co jest istotne w spółdzielczości inwalidzkiej. Arkusze pozwalają na obliczenie wskaźnika dni absencji na 100 zatrudnionych w różnych grupach schorzeń i kalectw. Nowe wzory dokumentacji, uwzględniające wnioski z dyskusji, opracowane zostaną przez Zakład Badawczy i przedstawione do oceny lekarzy spółdzielni.

LECZENIE SANATORYJNE

Dyskutanci żywo zareagowali na zarzut niewykorzystywania możliwości sanatoryjnego leczenia inwalidów. Jak wynika z wypowiedzi główną przyczyną tego stanu są trudności administracyjne, często nawet zupełnie błahe, np. długa droga od skierowania do wyjazdu inwalidy na leczenie, brak druków na wnioski sanatoryjne. W województwie koszalińskim wydział zdrowia zgodził się, aby inspektor lekarski WZSI pełnił funkcję konsultanta do spraw lecznictwa sanatoryjnego dla inwalidów zatrudnionych w spółdzielniach olsztyńskich. Zdaniem dra Nagaya ułatwia to i znacznie przyśpiesza procedurę kierowania inwalidów na leczenie.

Dr Świątkowski zwrócił uwagę na złe informowanie lekarzy spółdzielni o aktualnych możliwościach leczenia sanatoryjnego. Wypełnianie kilkustronicowego formularza pochłania bardzo dużo czasu i lekarze robią to niechętnie, zwłaszcza gdy uzyskanie przez chorego miejsca w sanatorium nie jest zupełnie pewne.

SPORT INWALIDÓW

Z zagadnieniem leczenia sanatoryjnego związana jest ściśle organizacja sportu inwalidzkiego i różnych form wczasów wypoczynkowych połączonych z możliwością uprawiania sportu i turystyki, dostosowanych do możliwości i warunków zdrowotnych inwalidów. Stosunkowo najwięcj miejsca w swoich wypowiedziach poświęcili tej sprawie dyr. Buczkowski i dr Tomaszewska.

Wysunięto postulaty przygotowania kadry instruktorów WF, którzy chcieliby poświęcić się organizacji sportu inwalidzkiego. ZSI powinien ufundować w tym celu kilka stypendiów na Akademiach Wychowania Fizycznego.

CZYNNY WYPOCZYNEK

O celowości organizowania czynnego wypoczynku w czasie i po pracy, szczególnie dla niewidomych — mówił prezes Michalak. Dr Tomaszewska mówiła obszernie o organizacji wczasów rehabilitacyjnych dla inwalidów. W ośrodku naukowo-leczniczym w Cieplicach organizowane są kursy narciarskie dla amputowanych w obrębie kończyn górnych i dolnych oraz turnusy rehabilitacyjne dla paraplegików z turystyką na wózkach inwalidzkich. Dr Tomaszewska zwróciła uwagę, że na przeszkodzie większej aktywizacji chorych z rozległymi porażeniami w obrębie kończyn dolnych stoi brak odpowiedniego sprzętu, jak samochody i zmechanizowane wózki inwalidzkie. Pojazdy, sprowadzane dotychczas dla inwalidów są niestety bardzo trudne do prowadzenia nawet dla ludzi zdrowych. Dr Jankowiak wystąpiła z wnioskiem, aby ZSI zorganizował zajęcia sportowe dla paraplegików i umożliwił im wzięcie udziału w międzynarodowych rozgrywkach sportowych paraplegików odbywających się rok rocznie pod patronatem dra Guttmanna.

Bardzo ciekawie mówił dr Fischbach o swoich doświadczeniach z próbą wprowadzenia czynnego wypoczynku w jednej ze spółdzielni poznańskich:

„W związku z tym, że w spółdzielni im. Świerczewskiego w Poznaniu, w której jestem lekarzem, właściwie po raz pierwszy na terenie Poznania wprowadzono walkę ze zmęczeniem, podzielę się w paru słowach wynikami i spostrzeżeniami. Zakład nasz liczy około 60 osób, w tym 60% inwalidów. Jest to typowy zakład powroźniczy. Akcję naszą przeprowadzaliśmy etapami. Najpierw wprowadzono 15-minutowy wypoczynek bez żadnych zajęć, potem czynny wypoczynek z gimnastyką.

A więc proszę Państwa — muszę powiedzieć, że pierwszy etap przebiegał niezwykle korzystnie, wszyscy inwalidzi odnosili się do tej sprawy bardzo pozytywnie, wzrosło zainteresowanie pracą, jak również zwiększyła się wydajność pracy. Dopiero przy przejściu do etapu czynnej walki ze zmęczeniem i wprowadzeniu ćwiczeń gimnastycznych doszło do tego, że cała sprawa upadła definitywnie. Jakie były tego przyczyny?

Przedstawię je pokrótce, aby Państwo, którzy będziecie się starali wprowadzić czynny odpoczynek w czasie pracy, mogli uniknąć błędów, jakie my popełniliśmy. Źle postawiliśmy sprawę od samego początku. Zaczęło się mówić i dyskutować o ewentualnej odpłatności za 15-minutową przerwę, co po pewnym czasie wywołało niepotrzebne refleksje i niezadowolenie z powodu niezałatwienia tej sprawy.

Moim zdaniem, za 15-minutową przerwę inwalida nie powinien otrzymywać wynagrodzenia, nie tylko ze względu na samą produkcję, ale i ze względów ogólnych.

Wydaje się, że ponieważ była poruszona sprawa ewentualnego skrócenia dnia pracy dla inwalidów, warto zastanowić się nad tym, żeby przez tę reformę czasu pracy od razu wyjaśnić ogółowi pracowników, że skraca się dzień pracy, np. z 8 do 7 godzin, i jednocześnie wprowadza się obowiązkową 15-minutową przerwę na czynny odpoczynek. Wówczas maskuje się tę «pseudoniekorzyść», wynikającą z braku odpłatności za 15 minut przerwy.

Następnym błędem było, że instruktor wychowania fizycznego, prowadzący tę akcję, nie znał indywidualnych cech psychofizycznych inwalidów i wówczas, kiedy kontynuowanie akcji wymagało indywidualnego wysiłku, okazało się, że ten nie mógł, inny nie chciał, tamten znów nie miał czasu i w końcu cała sprawa upadła. W takim zakładzie, jak powroźniczy, gdzie już typ pracy wymaga wszechstronnego zaangażowania aparatu ruchomego, powinno się prowadzić gimnastykę rozluźniającą, a nie angażującą pewne grupy mięśni i narządów, jak to niestety było u nas.

Muszę się też przyznać, że jako lekarz nie zaznajamiałem się uprzednio z prowadzeniem ćwiczeń gimnastycznych. Jest jednak konieczne, aby przed podjęciem zajęć, zarówno lekarz, jak i instruktor wychowania fizycznego poznali zasady gimnastyki dla inwalidów.

Cieszę się, że jeden z dyskutantów zaproponował, aby już od teraz wychowywać instruktorów wychowania fizycznego z myślą o zaangażowaniu ich do pracy w spółdzielniach za kilka lat".

Na specjalną uwagę zasługuje fakt, że znaczna część dyskutantów wykraczała w swoich wypowiedziach daleko poza ścisłe ramy spółdzielczości inwalidzkiej. Świadczy to o zainteresowaniu

lekarzy spółdzielni ogólną problematyką rehabilitacyjną i zrozumieniem, że spółdzielczość inwalidzka jest tylko jednym z elementów polityki socjalnej państwa w tym zakresie.

Rzeczowej, aczkolwiek dość surowej krytyce poddany został aktualny system zabezpieczenia emerytalnego i orzecznictwa inwalidzkiego, jak również tryb postępowania przy kierowaniu do pracy inwalidów przez wydziały zdrowia i opieki społecznej.

KIEROWANIE INWALIDÓW DO PRACY

Niedociągnięciami i niekonsekwencjami w trybie kierowania do pracy inwalidów zajął się dość obszernie mgr Paroll:

„Skąd się biorą inwalidzi, którzy chcą pracować w spółdzielni inwalidów? Zwykle człowiek, który pracował w jakimś zawodzie, a wskutek wypadku stał się inwalidą, stara się powrócić do dawnego zakładu pracy. Dopiero gdy zakład ten nie chce go przyjąć, zgłasza się do wydziału zatrudnienia PRN. Kierownik tego wydziału, skoro przekona się, że ma do czynienia z inwalidą, kieruje go do wydziału zdrowia i opieki społecznej. Tu urzędnik pełniący funkcję kierownika referatu opieki społecznej i referenta do spraw rehabilitacji inwalidów będzie czynił starania, by dobrać dla inwalidy właściwe stanowisko pracy, odpowiadające jego stanowi zdrowia, jego sprawności fizycznej i psychicznej. Powstaje pytanie kim są ci ludzie, którzy mają stanowić pierwsze źródło pomocy dla inwalidów? Śmiem twierdzić — mówił mgr Paroll — że są to w większości ludzie na poziomie poniżej średniego wykształcenia, po których nie można spodziewać się głębszego rozeznania w zagadnieniu doboru pracy. Referent z PRN kieruje najczęściej inwalidę do spółdzielni, często po prostu telefonuje w tej sprawie do prezesa spółdzielni. Opiera się przy tym na orzeczeniu KIZ, najczęściej bardzo lakonicznym (np. wskazana praca lekka w pozycji siedzącej). Stąd ciężar właściwego doboru i ustawienia w pracy inwalidy spada na lekarza spółdzielni".

SYSTEM RENTOWY

O braku odpowiednich bodźców ekonomicznych w naszym systemie rentowym mówił dr Matczak. Zdaniem dra Matczaka należałoby przyznawać rentę tylko tym inwalidom, którzy absolutnie nie są zdolni do pracy. Innych należy przygotować do

wykonywania odpowiedniej do ich możliwości pracy, przyznając im pewne renty wyrównawcze.

To samo zagadnienie, w innym nieco aspekcie, poruszył w swojej wypowiedzi dr Fischbach. Zbyt wczesne przyznawanie renty i zaliczanie do grupy inwalidzkiej demobilizuje chorych, którzy w stosunkowo niedługim czasie mogą odzyskać nawet pełną zdolność do pracy. Wczesne orzeczenie KIZ o inwalidztwie stwarza podstawy rozwinięcia się tak zwanej „choroby rentowej". Wiąże się z tym, zdaniem dra Fischbacha, konieczność wprowadzenia jakiegoś ogniwa pośredniego pomiędzy leczeniem i rehabilitacją leczniczą a zatrudnieniem inwalidów. Proponuje on stworzenie specjalnych komisji z udziałem lekarzy, psychologów i referentów opieki społecznej. Komisje te miałyby za zadanie kierowanie do odpowiedniej pracy inwalidów opuszczających zakłady lecznicze, jeszcze przed zgłoszeniem ich na KIZ. Również i dr Fischbach widzi konieczność ustalenia systemu rent wyrównawczych, bez których trudno jest lekarzowi przeprowadzić zmianę w zatrudnieniu inwalidy, gdyż wiąże się to najczęściej z obniżeniem, chociażby przejściowym, jego zarobków.

Na demobilizujący charakter samych definicji grup inwalidzkich, ustalonych dekretem o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym, wskazał kierownik Kitnar. Dotyczy to I i II grupy, których definicje zawierają wyraźne stwierdzenie o całkowitej niezdolności do pracy. Działa to oczywiście deprymująco na samego inwalidę, a zakłady pracy pozornie zwalnia od obowiązku zatrudniania tych ludzi. Kierownik Kitnar zwrócił również uwagę, że KIZ często źle interpretuje przepisy o zaliczaniu inwalidów do trzeciej grupy, nie uznając doboru odpowiedniej pracy za zatrudnienie w szczególnych warunkach, o których wspomina dekret.

O braku dostatecznego rozeznania ilościowego w problemie inwalidztwa mówiła dr Kamza, postulując wprowadzenie rejestracji inwalidów opuszczających zakłady lecznicze. W chwili obecnej ani referenci opieki społecznej, ani spółdzielnie nie są dobrze zorientowane, jacy inwalidzi poszukują pracy na terenie poszczególnych województw, co uniemożliwia długofalowe planowanie zatrudnienia.

Również naczelnik Dziliński poruszył zagadnienie zmian w systemie rentowym i konieczności przystosowania go do wymagań racjonalnej rehabilitacji zawodowej, co wiąże się również z narastającym problemem inwalidztwa i stałym wzrostem obciążenia społeczeństwa wydatkami na renty inwalidzkie. Mówca wskazał na formalne trudności związane z tymi zmianami, podkreślając równocześnie, że szereg usprawnień można wprowadzić w trybie roboczym bez konieczności opracowywania nowych aktów normatywnych.

ZATRUDNIENIE CHORYCH PSYCHICZNIE

Szczególną pozycję w dyskusji stanowiły zagadnienia specjalnych zakładów pracy chronionej dla chorych psychicznie. Punktem wyjścia był referat mgr Dietrych-Kowalskiej, który stał się przedmiotem ożywionej polemiki. Najwięcej sprzeciwów wywołał system płac stosowany w zakładzie prowadzonym przez spółdzielnię „Samopomoc Inwalidzka" w Warszawie. Założenie uniezależnienia zarobku od wkładu i wydajności pracy szczególnie ostro skrytykował dr Sęczkowski: *„Jest chyba jakimś nieporozumieniem, gdy ktoś chce opierać zasady współpracy na bezinteresownych korzyściach. Każdy psycholog wie przecież dobrze, że szczera bezinteresowność jest fikcją"*. Zatrudnienie w zakładzie pracy chronionej powinno być, zdaniem dra Sęczkowskiego, oparte na normalnych elementach pracy zarobkowej i stanowić stopniowe przygotowanie chorego do zespołowego wytwarzania dóbr ekonomicznych przy równoczesnej ochronie przed nadmierną eksploatacją. Tym właśnie praca chroniona różni się od terapii zajęciowej, w której nie istnieją takie elementy, jak normy wydajności, dyscyplina pracy i zysk. W dalszych etapach rehabilitacji chorych psychicznie bodziec ekonomiczny odgrywa bardzo dużą rolę, a reagowanie chorego na ten bodziec jest dobrą prognozą.

Podobnego zdania jest również dr Długokęcki, który stwierdza, że *„w rodzinie nawet brat nie rezygnuje z niczego na korzyść brata"*, i że nie można tego oczekiwać od chorych psychicznie, Dr Długokęcki jest ponadto przeciwnikiem całkowitej izolacji chorych psychicznie, uważając że chorzy ci wymagają kontaktu z ludźmi zdrowymi. W ten sposób przystosowują się oni stopniowo do środowiska ludzi zdrowych i mają szanse wyjścia po pewnym czasie ze specjalnego zakładu pracy chronionej do działów, gdzie pracują zdrowi psychicznie.

Dr Długokęcki odczytał zebranym pismo Departamentu Profilaktyki i Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, skierowane do spółdzielni „Świt", przy której prowadzony jest zakład pracy chronionej dla psychicznie chorych. Treść tego pisma przedstawia stanowisko Departamentu w sprawie zatrudniania psychicznie chorych i dlatego warto przytoczyć je w całości: *„W związku z uruchomieniem działu pracy chronionej dla psychicznie chorych — Departament Profilaktyki i Lecznictwa uprzejmie informuje o swym stanowisku w tej sprawie.*

Leczenie chorych psychicznie jest prowadzone w szpitalach dla nerwowo chorych, w sanatoriach dla nerwowo chorych oraz w poradniach zdrowia psychicznego. A więc leczenie chorych psy-

chicznie jest prowadzone w szpitalach (leczenie zamknięte) i w poradniach (leczenie otwarte). Doświadczenie wykazało jednak, że dwa ogniwa nie wystarczają dla zapewnienia całkowitej opieki psychicznie chorym, muszą dojść jeszcze dodatkowo dwa ogniwa, a mianowicie — leczenie pracą w warsztatach i leczenie pracą w warunkach domowych, czyli pracą chałupniczą.

Jak się okazuje, jednym z podstawowych elementów leczenia chorych psychicznie jest leczenie pracą. Praca obok leczenia psychofarmakologicznego jest bardzo ważnym czynnikiem w reaktywowaniu chorych psychicznie i ich resocjalizacji. Leczenie to rozpoczyna się już w zakładzie zamkniętym równolegle do leczenia psychofarmakologicznego i psychoterapeutycznego oddziaływania na pacjentów.

O ile w czasie leczenia zamkniętego kładzie się główny nacisk na leczenie psychofarmakologiczne, o tyle po wypisaniu pacjenta nacisk powinno się kłaść przede wszystkim na leczenie pracą.

Praca ta może być wykonywana w warsztatach lub w domu chorego, w zależności od wskazań lekarskich i społecznych.

Podobnie jak we wszystkich chorobach, tak i w chorobach psychicznych, nie wszyscy chorzy w pełni wracają do zdrowia. Pozostaje około 15 do 20% chorych, którzy po zakończeniu leczenia szpitalnego nie mogą wracać do zajęć, jakie przed swą chorobą wykonywali. Takimi chorymi musi się zająć państwo.

Pozostają dwa wyjścia:

1) przyznać tym chorym rentę inwalidzką,
2) stworzyć im odpowiednie warunki pracy w spółdzielczości.

Ad. 1) Przyznanie tym chorym renty jest niesłuszne, ze względu na humanitarny stosunek do człowieka; człowiek, nawet chory, powinien się czuć włączony do społeczeństwa i powinien mieć odpowiednie możliwości pracy, zwłaszcza że ten czynnik u chorych psychicznie jest jednym z najistotniejszych elementów rehabilitacji i resocjalizacji.

Ad. 2) Jest nie do przyjęcia w ustroju socjalistycznym, aby człowiek, mogący swoją pracą stworzyć nowe wartości i przynajmniej w części pracą zarobić na swe utrzymanie, był tej możliwości pozbawiony.

W tych warunkach jedyną rzeczą słuszną jest stworzenie działów pracy chronionej, tak aby każdy chory opuszczając szpital w stanie poprawy swego zdrowia mógł znaleźć dla siebie odpowiednie warunki pracy.

Nawet szereg krajów kapitalistycznych, a przede wszystkim Anglia, sprawę zatrudnienia inwalidów, w tym i po chorobach psychicznych, rozwiązała wychodząc z przesłanek czysto ekonomicznych, że praca człowieka stworzy nowe wartości. Tym bardziej w ustroju socjalistycznym, gdzie element troski o człowieka winien iść w parze z przesłankami ekonomicznymi — tak pojęta rehabilitacja spełnia obydwa te elementy.

Doświadczenia z okresu 5 miesięcy w Waszej Spółdzielni wykazały, że grupa około 50 chorych, byłych pacjentów szpitali psychiatrycznych, których lekarze kwalifikowali na renty, w stworzonych przez Was warunkach pracy chronionej pracuje produktywnie, wykonując od 40 do 80% normy, a zdarzają się i tacy, którzy wykonują normę w 100% i nie sprawiają w pracy większych trudności.

Tym pracownikom zapewniliście odpowiednią opiekę lekarsko-psychologiczną, dzięki której ci pracownicy, którzy wymagali leczenia szpitalnego w następstwie pogorszenia ich stanu psychicznego, takie leczenie otrzymali.

Ze względu na defekty psychiczne u chorych konieczne jest, niezależnie od stworzenia odpowiednich warunków pracy, także stworzenie odpowiedniej atmosfery i zrozumienia dla chorych psychicznie.

Zespół kierowniczy i pracownicy Spółdzielni Inwalidów „Świt" w sposób właściwy pojmują konieczność różnicowania podejścia do inwalidów, w zależności od ich stanu zdrowia, potrafili stworzyć tę serdeczną i życzliwą atmosferę, w której chorzy psychicznie czują się współpracownikami spółdzielni, dlatego Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej uważa, że rozwinięcie działu pracy chronionej, zapoczątkowane w Waszej Spółdzielni, jest osiągnięciem istotnym, które nie powinno ulec zahamowaniu na skutek jakichś trudności. Ministerstwo dołoży starań, aby w Spółdzielni „Świt" pomóc w pokonywaniu trudności, uważa bowiem rozwój działów pracy chronionej za konieczny i celowy".

W dalszych częściach swojej wypowiedzi dr Długokęcki wysunął szereg wniosków i postulatów zarówno pod adresem ZSI, jak i zainteresowanych resortów. Jedną z największych trudności jest brak surowca, co pociąga za sobą nierytmiczność produkcji, i przerzucanie chorych psychicznie do innych działów pracy, co nie sprzyja rehabilitacji tych chorych. Czynnikiem utrudniającym pracę lekarza jest również plan ekonomiczny niedostosowany do chorych psychicznie i ich stosunkowo niskiej wydajności pracy.

Dr Długokęcki wskazał również na antybodziec tkwiący w ograniczeniu zarobków do 500 zł przy pobieraniu renty. Zdolny pracownik osiąga ten zarobek w ciągu 15 dni pracy, a przez dru-

gie 15 dni w ogóle nie przychodzi, wskutek czego często traci się efekt rehabilitacyjny uzyskany uprzednio.

Mówiąc o organizacji opieki lekarskiej w zakładach pracy chronionej dla chorych psychicznie, dr Długokęcki wskazał na zupełnie odrębną problematykę i wynikające stąd odrębności organizacyjne. Inne są kryteria doboru pracy, inne metody obserwacji chorych (codzienne obchody w zakładzie pracy). Lekarz powinien być stale obecny w godzinach pracy i mieć ścisłe kontakty z innymi placówkami lecznictwa psychiatrycznego. Stąd dr Długokęcki postuluje zatrudnianie lekarzy w specjalnych zakładach pracy chronionej dla psychicznie chorych w pełnym wymiarze godzin, bez obowiązku podstawowej pracy w szpitalu lub przychodni. Poszczególne zakłady należy podporządkować, jego zdaniem, poradniom specjalistycznym, a pracę lekarza w tych zakładach uznać za równorzędną z pracą w zakładzie lecznictwa otwartego i zamkniętego.

Również dr Kostkiewicz, w ciekawym wystąpieniu, podkreślił istotną i ważną rolę, jaką mogą spełnić zakłady pracy chronionej w ogólnym systemie lecznictwa psychiatrycznego. *„Chorzy psychicznie, to przeważnie ludzie młodzi, którzy stają się inwalidami. Rezygnuje z nich zakład pracy, rezygnuje rodzina, jeżeli nie od razu to po kilku latach. Rodzina męczy się chłodem uczuciowym chorego, traktuje go jako zło konieczne i chce zrzucić z siebie ten ciężki obowiązek. Naszym obowiązkiem jest jak najszersze rozwinięcie różnych form rehabilitacji zawodowej dla tych właśnie najnieszczęśliwszych, dla tych, którzy znaleźli się poza nawiasem społeczeństwa. Powrót do pracy utrzymuje ich nie tylko w dobrym stanie psychicznym, ale częstokroć gwarantuje powrót do zdrowia umysłowego. Jestem jak najbardziej za projektem — powiedział w dalszym ciągu dr Kostkiewicz — aby chorzy psychicznie pracowali nie tylko w wydzielonym dziale pracy, ale aby włączyć ich do pracy razem z ludźmi zdrowymi. W ten sposób nasze wysiłki zostaną uwieńczone dobrymi rezultatami”.*

Podobnie jak jego przedmówcy, również dr Wasieczko przedstawił zagadnienie organizowania zakładów pracy dla chorych psychicznie jako ważny etap i celowe uzupełnienie całego cyklu leczenia psychiatrycznego. Zwrócił on uwagę, *„że przy odpowiednim ustawieniu chory psychicznie może pracować wydajnie i jego wydajność z pewnością nie jest mniejsza niż wydajność inwalidy ze schorzeniem narządu krążenia, z amputacjami itp.”.*

Duże zainteresowanie zagadnieniami pracy chronionej dla psychicznie chorych i daleko posunięta specyfika pracy lekarza i psychologa w tych zakładach wskazuje na konieczność poświęcenia temu problemowi osobnej narady w najbliższej przyszłości.

Nie sposób w stosunkowo krótkim streszczeniu wyczerpać wszystkich myśli i koncepcji wyrażonych przez dyskutantów w czasie konferencji. Większość z nich znalazła odbicie we wnioskach komisji i podsumowaniu dokonanym przez prezesa Kochanowskiego. Pozostałe znajdą się z pewnością na warsztacie pracy odpowiednich komórek ZSI i Zakładu Badawczego, dla którego materiały z konferencji są prawdziwą kopalnią tematów wymagających opracowania w przyszłości.

ZAKŁAD BADAWCZY ZSI

Zasadnicze kierunki i tematykę prac Zakładu Badawczego przedstawił na konferencji mgr Bolesław Trąmpczyński.

„Zakład Badawczy, który istnieje niecałe 2 lata, jest placówką własną Związku Spółdzielni Inwalidów. Prace jego mają być pomocne spółdzielczości inwalidzkiej w rozstrzyganiu problemów, związanych z jej różnorodną i specyficzną działalnością.

Związanie prac Zakładu Badawczego z praktyką działania spółdzielczości inwalidzkiej wyznacza ich kierunek, są one odbiciem problemów nurtujących spółdzielczość inwalidzką.

Zacznę od zagadnienia odpowiedniego zatrudnienia inwalidów. Spółdzielnie inwalidów są placówkami gospodarczymi i jako takie podane są określonym prawom ekonomicznym. W związku z tym kierunek ich działalności gospodarczej powinien być zgodny z określonymi wymogami gospodarki narodowej. Z drugiej strony wiadomo, że chodzi o pracę inwalidów, a więc o stosunkowo dużą liczbę stanowisk pracy, odpowiadających ograniczonym sprawnościom fizycznym inwalidów. Jednym więc z odcinków pracy zakładu jest badanie kierunków rozwojowych działalności gospodarczej spółdzielni w aspekcie specyfiki pracy inwalidów.

Określenie dla spółdzielni inwalidów najwłaściwszych kierunków działalności gospodarczej rozwiązuje zagadnienie zatrudnienia inwalidów pod kątem liczby odpowiednich stanowisk pracy dla inwalidów, natomiast nie rozwiązuje jeszcze tak kapitalnego zagadnienia, jak dobór odpowiedniego stanowiska pracy dla określonego inwalidy.

Spółdzielczość inwalidzka posiada aktualnie blisko 100 tys. stanowisk pracy. Znajdują się one w zakładach różnych branż, o różnej wielkości, dysponujących różnym parkiem maszynowym, stosujących różne procesy technologiczne. Przy stanowiskach tych zatrudnionych jest około 70 tys. inwalidów o różnych schorzeniach, o różnym stopniu ograniczenia sprawności fizycznej oraz o różnych kwalifikacjach zawodowych.

W tej sytuacji zagadnienie doboru stanowiska może być rozwiązywane tylko indywidualnie przez lekarzy w spółdzielniach, przy współudziale fachowych pracowników spółdzielni, względnie przez organizowane obecnie wojewódzkie poradnie rehabilitacji zawodowej. Natomiast zadaniem zakładu jest udzielanie pomocy poprzez określenie generalnych wskazań i przeciwwskazań, dotyczących doboru stanowisk pracy dla inwalidów o określonych schorzeniach oraz wskazówek metodycznych do funkcjonalnej analizy stanowisk pracy pod kątem specyfiki pracy inwalidów. Szereg prac w tym zakresie zostało już podjętych.

W roku przyszłym ukażą się opracowania dotyczące warunków zatrudnienia inwalidów amputowanych, inwalidów ze schorzeniami układu krążenia, jak również opracowanie o metodach analizy funkcjonalnej stanowisk pracy.

Rozpoczynamy również prace dotyczące organizacji specjalnych zakładów pracy chronionej, a więc np. rodzaju i charakteru pracy dla określonej grupy inwalidów, zasad organizacji pracy, zakresu i metod opieki lekarskiej i psychologicznej, ekonomiki tych zakładów itp. Przewiduje się również, iż w zakresie tym będziemy mogli udzielać konsultacji poszczególnym zainteresowanym spółdzielniom.

Wskutek ograniczonej sprawności fizycznej inwalidzi mają trudności w uzyskiwaniu tego samego stopnia wydajności pracy — a w konsekwencji wysokości zarobków — co ludzie zdrowi. Zmniejszoną sprawność fizyczną inwalidów wyrównać można w większości przypadków przez podnoszenie poziomu ich kwalifikacji zawodowych, specjalne oprzyrządowanie techniczne stanowisk pracy oraz racjonalizację struktury i organizacji pracy zakładów zatrudniających inwalidów. Również więc i te zagadnienia są przedmiotem naszych prac.

Poważne miejsce w pracach zakładu zajmuje problematyka socjalna. Zdajemy sobie sprawę, że wszelkie omawiane poprzednio formy działania, jak np. poradnictwo w zakresie rehabilitacji zawodowej, organizacja specjalnych zakładów pracy chronionej, oprzyrządowanie techniczne stanowisk pracy, nie będą pełne, jeśli nie będzie uwzględniony czynnik właściwego stosunku do potrzeb inwalidy, związanych z jego pracą lub też warunkami życia codziennego. Bardzo istotne jest również zagadnienie organizacji czynnego odpoczynku inwalidów oraz utrzymanie kondycji fizycznej przez ćwiczenia gimnastyczne i sport.

Praca na temat kultury fizycznej w spółdzielniach inwalidów ukaże się w 1962 roku.

W czasie konferencji wysunięto wiele postulatów dotyczących tematyki prac zakładu.

Z przyjemnością chciałbym stwierdzić, że niektóre z nich już realizujemy. A mianowicie: w opracowaniu jest poradnik lekarza spółdzielni, w którym m. in. omówiona będzie organizacja spółdzielczości inwalidzkiej, struktura organów samorządowych, system finansowania, zagadnienia rent itd.

Poradnik ten ukaże się w 1962 roku. Jeżeli chodzi o sprawy rent, to sądzimy, że bardzo pomocny będzie Państwu «Poradnik rentowy dla członków spółdzielni inwalidów», którego pierwsze egzemplarze już otrzymaliśmy z wydawnictwa.

Również i inne postulaty, a zwłaszcza wysunięte przez komisję wnioskową, postaramy się spełnić w miarę naszych możliwości.

Pragnęlibyśmy, aby prace nasze były pomocne Koleżankom i Kolegom w rozwiązywaniu trudnych problemów rehabilitacji inwalidów. Cieszylibyśmy się, gdybyście i Wy Państwo, pomogli nam w naszej niełatwej pracy. W czym ta pomoc mogłaby się wyrażać? Przede wszystkim w utrzymaniu z nami kontaktów, we wskazywaniu problemów, które powinniśmy rozwiązywać. Bardzo cenne są dla nas Wasze praktyczne doświadczenia z pracy. Przekazywanie ich nam czy to w formie notatek dla zakładu, czy też artykułów do «Biuletynu» pozwoliłoby nie tylko pogłębić nasze prace, lecz również przenosić doświadczenia jednej spółdzielni do innych.

Chciałbym również zasygnalizować, że gdy zaczniemy przeprowadzać na szerszą skalę prace badawcze w spółdzielniach — będziemy prosili Was o czynne włączenie się do nich i współdziałanie. Cenną byłaby również pomoc Koleżanek i Kolegów przy propagowaniu w spółdzielniach czytelnictwa literatury fachowej z różnych dziedzin interesujących pracowników spółdzielni, jak również przy inicjowaniu i zachęcaniu zarządu i pracowników spółdzielni do organizowania bibliotek fachowych. Wytyczne w tej sprawie są już opracowane i w niedługim czasie spółdzielnie będą przez zarząd ZSI do tego zobowiązane.

Sądzę, że podane zagadnienia nie wyczerpują różnych form współpracy, która, jeśli się rozwinie na szerszą skalę, może być pożyteczna i cenna dla zakładu, a w konsekwencji i dla Państwa, którzy jesteście odbiorcami naszych opracowań".

WNIOSKI

W pierwszym dniu obrad powołane zostały dwie komisje wnioskowe:

Komisja do Spraw Merytorycznych, w składzie:

Przewodniczący	— Dr A. KABSCH
Członkowie:	— Dr Z. MAĆKOWIAK
	Dr L. STRZODA
	Mgr B. TRĄMPCZYŃSKI
	Dr S. ULASZEWSKA
	Dr J. WOSZCZEK

Komisja do Spraw Organizacyjnych, w składzie:

Przewodniczący	— Dr T. PARADYSTAL
Członkowie:	— Nacz. K. DZILIŃSKI
	Dr B. NAGAY
	Dr J. STRUGAŁA
	Dr K. TARNAWSKA
	Mgr J. WYROBCÓWNA

Wnioski obu komisji odczytane zostały w trzecim dniu obrad konferencji, po zakończeniu dyskusji nad referatami.

WNIOSKI MERYTORYCZNE

1. Należy opracować długofalowy program oraz formy szkolenia lekarzy spółdzielni w zakresie rehabilitacji zawodowej. Celowe jest powołanie w tym celu specjalnej komisji naukowej, która kierowałaby szkoleniem lekarzy.

2. Należy ustalić ścisłe wskazania i przeciwwskazania do zatrudniania chorych i ozdrowieńców po gruźlicy oraz określić warunki, jakim powinny odpowiadać specjalne zakłady pracy chronionej dla tej grupy inwalidów.

3. Wydaje się celowe skoncentrowanie pracy poradni rehabilitacji zawodowej na następującej tematyce:
   — indywidualne poradnictwo zawodowe,
   — paszportyzacja stanowisk pracy,
   — opracowanie wzorców dokumentacji lekarskiej,
   — prowadzenie akcji informacyjnej o spółdzielczości inwalidzkiej dla potrzeb organów rehabilitacji inwalidów oraz placówek społecznych służby zdrowia.

4. Widzimy konieczność systematycznego prowadzenia badań kwalifikacyjnych (wstępnych) i kontrolnych (okresowych), na których powinna opierać się cała działalność lekarza spółdzielni.

Do dokumentacji lekarza spółdzielni należy wprowadzić karty wymagań stanowisk pracy i indywidualne karty pozostałych sprawności inwalidy. Karty te powinny być opracowane w oparciu o dokumentację poradni rehabilitacji zawodowej w Łodzi.

5. Uznaje się za celowe przeprowadzanie paszportyzacji stanowisk pracy w spółdzielniach. Akcja ta powinna być prowadzona wspólnie z pionem technicznym pod kierunkiem lekarza spółdzielni.

Równocześnie należy przeprowadzić szczegółową analizę warunków lokalowych wszystkich zakładów pracy.

6. W związku z niedostatecznym rozeznaniem przyczyn absencji chorobowej należy ujednolicić system dokumentacji absencji w spółdzielniach, co umożliwi wyciągnięcie właściwych wniosków.

7. Konieczne jest opracowanie planowej walki ze zmęczeniem przy pracy. W tym celu należy wspólnie z psychologiem i pionem technicznym spółdzielni ustalić fizjologiczne zasady organizacji pracy w poszczególnych zakładach, oddziałach względnie na stanowiskach pracy. Jedną z form walki ze zmęczeniem powinien być czynny wypoczynek w czasie pracy w formie gimnastyki. W związku z tym lekarze spółdzielni muszą przygotować pracowników poprzez akcję informacyjną, propagandową i wyjaśniającą sens czynnego wypoczynku w czasie pracy.

8. Należy kontynuować zwoływanie corocznych krajowych konferencji lekarzy spółdzielni. Konferencje powinny trwać 2 dni i koncentrować się najwyżej na dwu tematach.

Tematyka konferencji powinna być ustalona na uprzednim spotkaniu inspektorów lekarskich terenowych związków.

WNIOSKI ORGANIZACYJNE

1. Konieczną stabilizację kadry lekarskiej w spółdzielniach inwalidów osiągnąć można przez zapewnienie odpowiednich warunków materialnych dla lekarzy zatrudnionych w spółdzielniach. Rozumiemy przez to ustalenie stawek wynagrodzenia w takiej wysokości, ażeby lekarz spółdzielni mógł ograniczyć się do pracy zasadniczej w społecznej służbie zdrowia i pracy w spółdzielni, bez uciekania się do posad trzecich, czwartych itd. Za najbardziej korzystny system wynagradzania lekarzy należy uważać wynagrodzenie za godziny pracy, ustalone przez wydział zdrowia, zgodnie z wytycznymi Departamentu Profilaktyki i Lecznictwa oraz wynagrodzenie ze spółdzielni za działalność

rehabilitacyjną w formie ryczałtu i ewentualne ruchome nagrody w zależności od wykonania kompleksowego planu rehabilitacji.

2. Konieczne jest zachowanie kontaktu ze społeczną służbą zdrowia przy jednoczesnej autonomii organizacyjnej ze względu na specyfikę pracy, która nie występuje w innych ogniwach służby zdrowia.

Lekarze spółdzielni muszą mieć wszelkie uprawnienia lekarzy zakładów społecznych służby zdrowia, jak: prawo do wystawiania zaświadczeń na drukach L-4, wystawiania recept z 30 proc. odpłatnością, wystawiania wniosków na leczenie sanatoryjne itp.

Praca lekarza spółdzielni inwalidów musi być uznana za równorzędną z zatrudnieniem w społecznej służbie zdrowia.

3. Konieczne jest ustalenie uprawnień lekarza w stosunku do zarządu spółdzielni. Uprawnienia te dotyczą przede wszystkim takich dziedzin, jak: dobór pracy dla inwalidów, badania kwalifikacyjne inwalidów przed przyjęciem do spółdzielni, zmiana stanowiska pracy, zmiana warunków pracy, planowanie nowych inwestycji, względnie nowych kierunków produkcji.

Rozumiemy przez to, że trzeba nadać wnioskom lekarzy jakąś moc wiążącą.

4. Należy wystąpić do Ministerstwa Zdrowia o nadanie inspektorom lekarskim oddziałów WZSI uprawnień konsultantów do spraw lecznictwa sanatoryjnego w stosunku do spółdzielni inwalidów danego związku.

JAN KOCHANOWSKI
Zastępca Prezesa Zarządu ZSI

PODSUMOWANIE OBRAD KONFERENCJI

Trudno jest ustosunkować się do wszystkich problemów i zagadnień poruszonych w dyskusji. Szereg z nich wymaga przekonsultowania z Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Komisji Planowania przy Radzie Ministrów.

Większa część postulatów i wniosków zostanie przez kierownictwo Związku Spółdzielni Inwalidów z uwagą przeanalizowana i — w miarę posiadanych możliwości i środków — wprowadzona w życie.

Do niektórych spraw poruszanych w dyskusji chciałbym się ustosunkować.

W dyskusji poruszono kilkakrotnie zagadnienie sprzeczności, jakie istnieją pomiędzy społecznym aspektem działania spółdzielni inwalidów a aspektem ekonomicznym. Mówiliście, że spółdzielnia inwalidów ma za zadanie zatrudnianie inwalidów, organizowanie dla nich właściwych warunków pracy nie pogłębiających procesu chorobowego lub kalectwa, a równocześnie też spółdzielnię jako przedsiębiorstwo obowiązują takie same wymagania ekonomiczne, jak każdą inną placówkę gospodarczą. Ta sprzeczność, istniejąca pomiędzy dwoma aspektami działalności naszych spółdzielni, musi ulec likwidacji i będzie stopniowo niwelowana. Dążąc do tej sprzeczności wprowadziliśmy między innymi zasadę planowania zadań spółdzielni w dziedzinie rehabilitacji zawodowej i stanęliśmy na stanowisku, że kompleksowy plan rehabilitacji jest podstawą do opracowania planu techniczno-ekonomicznego.

Oznacza to, że plan techniczno-ekonomiczny powinien uwzględniać możliwie wszystkie aspekty wynikające z zatrudnienia określonej kategorii ludzi. Metodologia planu rehabilitacji na pewno musi ulec poprawie i powinna uwzględniać specyfikę różnych zakładów pracy.

Przede wszystkim musimy nauczyć się widzieć w kompleksowym planie instrument zapewniający spełnienie zasadniczych wymagań rehabilitacji, a po drugie nauczyć się opracowywać ten plan.

Uwzględniając społeczne znaczenie działalności spółdzielni inwalidów rząd wyraził zgodę na zniesienie w roku 1960/61 dyrektywności wskaźników zatrudnienia i funduszu płac. W projekcie Uchwały Rządu o NPG na rok 1962 przewidziane jest zniesienie dyrektywności wskaźnika wartości produkcji. Oznacza to, że gospodarcze zadania spółdzielczości inwalidzkiej są określone potrzebami w zakresie zatrudnienia inwalidów.

W tezach na V Zjazd Delegatów ZSI zaproponowaliśmy wprowadzenie dwóch dyrektywnych wskaźników, planu zatrudnienia inwalidów i zysku, od wykonania którego uzależnia się zwalnianie w spółdzielniach funduszu premiowego. Nie budzi wątpliwości wskaźnik zatrudnienia inwalidów, ale może budzić wątpliwość wskaźnik zysku. Dlatego wyjaśniamy, że spółdzielnia i jej zakłady mogą pracować na planowanej stracie. Dotyczyć to będzie przede wszystkim specjalnych zakładów pracy chronionej, w których dodatkowe koszty, związane z ich prowadzeniem, pokrywane będą z Funduszu Specjalnego.

W strukturach organizacyjnych spółdzielni przewiduje się wprowadzenie pionu rehabilitacji, z członkiem zarządu jako kierownikiem tego pionu. Pion ten skupiałby całą działalność spółdzielni w dziedzinie zatrudnienia inwalidów, opieki lekarskiej, bezpieczeństwa pracy i spraw socjalnych.

W spółdzielniach działają komisje socjalno-bytowe, jako organ opiniodawczy zarządu spółdzielni w zakresie gospodarki funduszem socjalno-bytowym. Wysunęliśmy postulat, aby te komisje socjalno-bytowe przekształcić z ciała doradczego w ciało decydujące.

Kompleksowe plany rehabilitacji powinny również zapewnić długofalowe, wieloletnie kierunki działania, między innymi w zakresie organizacji specjalnych zakładów pracy chronionej.

Rytmiczność produkcji, o której była mowa w dyskusji, jest nie do pomyślenia bez podjęcia w tym kierunku odpowiednich kroków, jak specjalizacja, koncentracja i profilowanie produkcji. Rytmiczność produkcji jest też w dużym stopniu zależna od szerokiej kooperacji w zakresie montażu, konfekcjonowania, a to są rzeczy możliwe do przeprowadzenia przy operatywności zarządu spółdzielni i zarządu terenowego związku.

Zagadnienie poprawy warunków pracy w spółdzielniach zależne jest od planowego działania w tym kierunku. Na inwestycje w bieżącej 5-latce przeznaczono sumę, która zamyka się w granicach 1 500 mln zł i obejmuje 136 nowych zakładów. W latach 1957—60 na budownictwo wydatkowaliśmy przeszło 600 mln zł.

Trudność leży nie w braku środków finansowych, które mamy do dyspozycji, lecz w prawidłowym przygotowaniu dokumentacji.

W czasie spotkania z inspektorami lekarskimi prezes A. Futro stwierdził, że dokumentacja inwestycji powinna być znacznie wcześniej zaplanowana i przygotowana, na przykład w roku 1961 na rok 1963.

Oprócz tych limitowanych środków inwestycyjnych, objętych narodowym planem gospodarczym, mamy 50 mln zł na budowę specjalnych zakładów pracy chronionej, co oznacza, że możemy rocznie budować do 20 zakładów tego typu. Jesteśmy w trakcie opracowania powtarzalnej, typowej dokumentacji dla 2 branż w wariantach zatrudnienia 30—60 oraz 50—100 inwalidów, przede wszystkim ozdrowieńców po gruźlicy.

Trzeba uznać za jak najbardziej słuszny wniosek dotyczący czynnego udziału lekarzy specjalistów w przygotowywaniu projektów inwestycji i programowaniu założeń.

Jeszcze jeden słuszny wniosek, to budowanie izb gościnnych i internatów. Trzeba to zagadnienie rozwiązywać w zależności od sytuacji. Jesteśmy przeciwni tworzeniu internatów i hoteli, które byłyby stałym miejscem zamieszkania inwalidów. Popieramy natomiast tworzenie przejściowych izb gościnnych.

W sprawie oddzielenia orzecznictwa inwalidzkiego dla celów zatrudnienia od orzecznictwa dla celów rentowych wystąpiliśmy już z odpowiednim wnioskiem do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, które uznało potrzebę wprowadzenia pewnych zmian do ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym. Ponieważ jednak nie jest to jedyna poprawka, należy liczyć się z tym, że sprawa nowelizacji przepisów wymagać będzie dłuższego czasu.

Mogę natomiast zakomunikować, że zagadnienie uznawania ozdrowieńców po gruźlicy za inwalidów przez wydziały finansowe PRN zostało załatwione w trybie roboczym. Od 1 stycznia 1962 r. zaświadczenia poradni przeciwgruźliczych honorowane będą w sprawach podatkowych na równi z orzeczeniami KIZ.

Zarząd Związku Spółdzielni Inwalidów dołoży wszelkich starań, aby postawić na odpowiednim poziomie organizacyjnym służbę lekarską w spółdzielniach i zapewnić lekarzom odpowiednie warunki.

Jeśli chodzi o obowiązek badań kwalifikacyjnych (wstępnych) i kontrolnych (okresowych) zobowiążemy zarządy spółdzielni do jego bezwzględnego przestrzegania, a tam, gdzie nie pomogą perswazja i prośba, sięgniemy do regulaminu kar porządkowych i zastosujemy bardziej drastyczne środki. Jest to sprawa nieprzyjemna, ale konieczna.

Proszę Kolegów! Na dni od 7 do 8 grudnia 1961 r. zwołaliśmy V Zjazd Delegatów Związku Spółdzielni Inwalidów.

Nie jest to tylko zadośćuczynienie formalnym przepisom statutu. Kierownictwo naszego Związku stoi na stanowisku, że

spółdzielczość inwalidzka osiągnęła dostateczną bazę organizacyjno-gospodarczą, która pozwala w latach 1962—65 dokonać zasadniczego dynamicznego przełomu w zakresie radykalnej poprawy warunków w spółdzielniach.

To nasze stanowisko chcemy skonfrontować ze stanowiskiem i opinią reprezentantów inwalidów i uzyskać akceptację zjazdu.

Na zakończenie chciałbym się zastanowić nad pytaniem, czy nasza konferencja była potrzebna. Sądzę, że tak i że tego rodzaju spotkania warto będzie powtarzać w przyszłości, ustalając jednak ściśle ich tematykę.

Co mnie osobiście uderzyło w dyskusji, to sposób, w jaki lekarze mówili o swoim zakładzie pracy: „moja spółdzielnia". Ma to według mnie szczególną wymowę i świadczy, że lekarze wiążą się uczuciowo ze spółdzielczością inwalidzką, za co mamy zaszczyt podziękować im w imieniu zarządu naszego Związku.

Lekarze w społeczeństwie polskim tradycyjnie zajmują specjalną pozycję dzięki szacunkowi, jaki ich otacza. Chcielibyśmy, aby Koledzy wykorzystali tę pozycję w swojej trudnej pracy w spółdzielniach inwalidów.

Proszę o wybaczenie niedociągnięć organizacyjnych oraz dziękuję Kolegom za obecność i czynny udział w konferencji.

DOTYCHCZAS UKAZAŁY SIĘ NASTĘPUJĄCE POZYCJE
ZAKŁADU BADAWCZEGO ZSI

1. *Materiały z sesji poświęconej rehabilitacji inwalidów.* Zakład Wydawnictw CRS, Warszawa 1960; s. 122.
2. Lucjan Świderski: *Perspektywy produkcji obuwia w spółdzielniach inwalidów.* Zakład Wydawnictw CRS, Warszawa 1960; zeszyt 1, s. 135.
3. Jadwiga Pągowska-Wawrzyńska: *Niektóre zagadnienia rehabilitacji chorych gośćcowych w spółdzielniach inwalidów.* Zakład Wydawnictw CRS, Warszawa 1960; zeszyt 2, s. 51.
4. Tomasz Żuk: *Przewodnik inwalidy amputowanego.* Zakład Wydawnictw CRS, Warszawa 1961; s. 93.
5. *Katalog sprzętu rehabilitacyjnego dla inwalidów* (opracował Zespół Techniczny i Pracownia Lekarska Zakładu Badawczego ZSI). Zakład Wydawnictw CRS, Warszawa 1961; s. 38 (17 kart katalogowych. 12 dalszych kart katalogowych ukazało się w marcu 1962 r.).
6. Kazimierz Rysiewicz: *Zawodowa rehabilitacja inwalidów w spółdzielczości inwalidzkiej.* Zakład Wydawnictw CRS, Warszawa 1961; s. 172.
7. *Poradnik rentowy dla członków i pracowników spółdzielczości inwalidów.* Zakład Wydawnictw CRS, Warszawa 1961; s. 64.
8. Franciszek Krakowiak: *Kierunki rozwoju i organizacja usług w spółdzielniach inwalidów.* Zakład Wydawnictw CRS, Warszawa 1961; zeszyt 3, s. 127.
9. Pracownia Lekarska ZB ZSI: *Rola opieki zdrowotnej nad inwalidami zatrudnionymi w spółdzielniach.* Zakład Wydawnictw CRS, Warszawa 1961; zeszyt 4, s. 32.
10. Jan Frąckiewicz, Władysław Radzikowski: *Rejonizacja i profilowanie produkcji zakładów w wielobranżowych spółdzielniach inwalidów.* Zakład Wydawnictw CRS, Warszawa 1962; zeszyt 5, s. 76.
11. Czesław Łuszczyński: *Niektóre aspekty statutowego zatrudnienia w spółdzielniach inwalidów.* Zakład Wydawnictw CRS, Warszawa 1962; zeszyt 6, s. 108.

12. „Biuletyn ZB ZSI": numery 1(4) — sierpień 1960 do 2(12) czerwiec 1962; Zakład Wydawnictw CRS, Warszawa.

13. „Przegląd bibliograficzny piśmiennictwa z dziedziny rehabilitacji inwalidów". Zeszyt 1, s. 28. Dodatek do nr 3(8) „Biuletynu ZB" — 1961. Zeszyt 2; s. 46. Dodatek do nr 1(11) „Biuletynu ZB".

14. „Informator Biblioteki Zakładu Badawczego ZSI"; zeszyt 1.

15. „Informacje o sprawach inwalidzkich za granicą"; zeszyt 1.

16. „Informacje o sprawach inwalidzkich za granicą"; zeszyt 2.

24218 KPiP
1124218