

волят поставить на изучение ряд вопросов, связанных с возникновением повторной травмы у одних и тех же лиц.

Своевременным является поставить вопрос о создании специальных санаторий для долечивания травматиков. Опыт существования таких санаторий в Германии подтверждает их целесообразность.

Методологическое руководство здравпункт получает из соответствующих институтов, которые свою научно-практическую работу должны ставить на базе крупнейших предприятий. Двери травматологических институтов должны быть широко открыты для свежей травмы. Надо бороться с таким положением вещей, когда в травматологических институтах обслуживаются всевозможные дефекты костей (ортопедия), а травматики с предприятия туда попасть не могут. Эти же институты должны взять на себя руководство специальными отделениями амбулаторий и стационаров, обслуживающих травматиков. Наконец, при травматологических институтах необходимо создать такие опытно-протезные мастерские, которые бы разрабатывали вопросы протезирования с точки зрения использования остаточного труда инвалидов травматиков на предприятиях.

Здравотделы должны перестроить свою работу с тем, чтобы более конкретно руководить делом борьбы с травматизмом на предприятиях. Необходимо поставить вопрос о создании при здравотделах (быть может временно) особых должностей инспекторов по травматизму. Здравотделы должны взять на себя сводную обработку статистического материала о травматизме, поступающего со здравпунктов с тем, чтобы таковой был обработан возможно быстрее. Научная разработка материалов о травматизме должна быть передана в травматологические институты.

Травматизм в 1931 г. дал значительное снижение. Социалистическое строительство создает все предпосылки для дальнейшего снижения травматизма. Необходимо мобилизовать все силы для того, чтобы во второй пятилетке значительно снизить травматизм во всех отраслях промышленности, а в некоторых, наиболее передовых отраслях промышленности, поставить вопрос о полной его ликвидации.

К вопросу о сигнализационной статистике на здравпунктах.

(2-й Единый диспансер в г. Москве).

В. Ф. Иванов.

В связи со стоящими перед здравоохранением задачами по содействию выполнению промфинплана и снижению заболеваемости особое значение имеет в настоящее время работа здравпунктов на предприятиях.

Перед последними особо актуально стоит вопрос о тех сигнализационных показателях, которые они должны иметь у себя и которые должны им сигнализировать „узкие“, опасные места по выполнению указанных задач.

Совершенно очевидно, что ведущим сигналом неблагополучия является невыполнение промфинплана, но даже прекрасное выполнение и

перевыполнение последнего не мешает врачу искать путей к содействию еще большему увеличению его и иметь для мероприятий в этом отношении ряд сигналов. Существенным звеном в деле борьбы с целым рядом неблагоприятных (недовыработка, прогулы, брак и проч.) является ударничество и соцсоревнование. Поэтому здравпункт должен всемерно содействовать этому. Отсюда лишний раз делается очевидным необходимость для него самой тесной увязки с советскими, профессиональными и партийными организациями на заводе. Отсюда ясно, что здравпункт должен иметь список ударников (из них в первую очередь премпированных), динамику ударничества и соцсоревнования, должен знать влияние этих факторов на повышение производительности труда, уменьшение прогулов и брака.

Так как леч.-профил. помощь распределяется в первую очередь среди ударников, врач должен знать нуждающихся в этом ударников.

Здравпункт, учитывая стоящие перед ним, как основным ведущим звеном диспансера, задачи, должен иметь у себя 2 вида сигналов, направляющих его работу: групповые и индивидуальные.

Групповыми сигналами следует считать сигналы, относящиеся к заводу в целом, к цеху, к бригаде, к детальным профессиям, к отдельным местам работы.

Индивидуальные сигналы—сигналы, относящиеся к отдельному рабочему.

Элементами групповой сигнализации являются:

1. Выполнение промфинплана.
2. Заболеваемость.
3. Травматизм.
4. Прогулы по неуважительным причинам.
5. Брак.
6. Наличие часто и длительно болеющих.
7. Санитарн. состояние завода.
8. Текучесть рабочей силы.
9. Меры сан. и леч. профил. помощи и их эффективность.
10. Профессиональные вредности.
11. Бытовые факторы.

Элементами индивидуальной сигнализации являются:

1. Выработка данного рабочего.
2. Брак.
3. Заболеваемость и травматизм.
4. Прогулы по неуважительным причинам.
5. Патологическая пораженность.
6. Профессиональные вредности, характерные для условий труда данного рабочего и его пригодность для данной работы.
7. Быт.
8. Эффективность леч.-профилактич. помощи. Является вопросом, как вести учет всех этих сигнализаторов. Чтобы иметь возможность строить групповые сигналы, здравпункту следует иметь ежемесячно следующие сведения по цехам:

1. Выполнение промфинплана в %/о. Чрезвычайно желательно иметь сведения о выполнении плана отдельными бригадами или профессиями (если, конечно, такой учет ведется на заводе).
2. Среднее число работающих—сведения можно получить от завода. В случае отсутствия такого учета можно ориентировочно пользоваться сведениями о количестве работающих на 1-е число отчетного м-ца и следующего за отчетным м-цем и брать их арифметическое среднее.
3. Подлежащее обработке количество чел.-часов¹⁾.
4. Фактически отработанное количество человеко-часов.
5. Прогулы по неуважительным причинам в человеко-часах.
6. Прогулы по болезни (болезни и травматизм): число случаев (с утра-

¹⁾ До сих пор на з-дах велся учет в чел.-днях, чел.-часы являются более точным учетом.

той и без утраты трудоспособности), число прогульн. дней. 7. Травматизм—без утраты трудоспособности и с утратой трудоспособности—по отдельным видам травм (особ. выделение глаз), для случаев с утратой трудоспособности—число дней утр. трудоспособности по отд. видам травм. 8. Прочие неявки на работу по уважительным причинам. 9. Брак (в ‰‰ к общему выпуску продукции). 10. Текучесть рабочей силы (поступило вновь, выбыло) или переброски ее. 11. Санит. состояние цеха (в случае необходимости—отдельных неблагоприятных мест работы). 12. Сведения, часто и длительно болеющих—число прогульных дней ими. 13. Сан. и леч.-профил. помощь—выделенные на эту помощь, получившие ее, эффективность этой помощи в виде увеличения выработки, уменьшения брака, уменьшения прогулов и проч. (групповые данные по цеху, профессии),

Для построения индивидуальной сигнализации нужно иметь сведения о лицах:

- 1) систематически недовырабатывающих,
- 2) дающих большой брак,
- 3) часто и длительно болеющих и травмирующихся,
- 4) прогульщиков,
- 5) отягощенных патологической пораженностью,
- 6) работающих в особо тяжелых условиях,
- 7) с неполной пригодностью к их профессион. деятельности,
- 8) имеющих тяжелые бытовые условия,
- 9) получивших леч.-профил. помощь и эффективность ее.

Часть перечисленных сведений можно получить непосредственно на заводе, другую часть врач должен иметь в результате своей работы. К последней части относятся заболеваемость, травматизм, сан. состояние завода, леч.-профил. помощь и ее эффективность, наличие часто и длительно болеющих, особые вредные условия труда, неполная трудовая пригодность, тяжелые бытовые условия.

Из этой группы сведений врач должен наладить учет заболеваемости рабочих. Т. к. больничные листки рабочие для заполнения сведений о заработке должны представить на завод, врач должен договориться с заводом, чтобы эти листки направлялись к нему для регистрации.

Из больничного листка выписываются на особые фишки следующие сведения: цех, фамилия, имя и отчество больного, диагноз, число дней нетрудоспособности, месяц, числа начала и конца болезни. Кроме того сведения о болезни заносятся в индивидуальную карту рабочего, оставаемую при первой регистрации рабочего на пункте, как больного.

Фишки за месяц (лучше за 10 дней) прорабатываются по каждому цеху—по болезненным формам и данные заносятся на отчетный лист. На каждый случай травм, как с утратой, так и без утраты трудоспособности, заполняется на пункте карточка промышленного травматизма. Эти карточки также подекадно и за месяц прорабатываются по цехам и видам травм с разнесением этих сведений в определенную таблицу. Случай пром. травм с утратой трудоспособности контролируются еще наличием больничного листка (соответствующая фишка на 6 го). Далее высчитываются на 100 работающих число случаев болезней и травм (по цехам и болезн. формам) и число дней утраты трудоспособности по ним.

Травматизм более правильно высчитывать на 1 миллион проработанных человеко-часов или, если нет такого учета на заводе, то в ‰ к отработанным человеко-дням; такой подсчет дает более правильные показатели (исключается влияние разницы рабочих дней в месяц, числа рабочих часов и т. п.). Однако это не исключает в общей таблице расчета и на 100 работающих.

Полезно иметь и процентное отношение болезненных форм между собой (экстенсивные показатели). Эти показатели дают возможность обратить внимание на преобладающие, выдающиеся в ‰ отношении болезненные формы. Для оценки получаемых данных следует попытаться сравнить их с данными других аналогичных заводов. Конечно следует учесть при этом сравниваемые месяцы (сезонность некоторых заболеваний). Ориентировочными данными для такого сравнения могут служить и материалы по статистике социального страхования) заболеваемость застрахованных в промышленности).

Полезно иметь сведения и о заболеваемости без утраты трудоспособности (по статистическим карточкам). В условиях небольшого города эти карточки, собираемые по амбулаториям или диспансерам, могут пересылаться на здравпункты предприятий; последние прорабатывают их по цехам и болезненным формам и разносят в индивидуальные карты.

В условиях большого города карты эти должны собираться в одном центре и по использованию их пересылаться на здравпункт.

Конечно для целей сигнализации в полной мере эти сведения будут ценны только тогда, когда они будут своевременно передаваться на здравпункт. Форма передачи на здравпункт собранных карточек за несколько дней (что возможно в условиях небольшого города) была бы наиболее правильной.

Здравпункт по использованию этих карточек по истечении месяца пересылает их обратно в посылающее леч.-проф. учреждение или в статистический центр (в зависимости от того, каким учреждением они дальше используются). Все эти данные являются ориентировочными для суждения о благополучии цехов и указывают, на что нужно обратить внимание в целях снижения заболеваемости. Ежемесячное и поквартальное ведение этого учета даст ему нужную динамичность. Здесь же следует оговориться, что не только разработанные месячные сведения должны служить сигналами, ибо чрезвычайно важны самые ранние сигналы неблагополучия. Поэтому врач повседневно должен наблюдать за заболеваемостью рабочих (по обращениям на пункт в первую очередь) и при появлении групповых заболеваний принимать меры.

Чрезвычайно полезно так увязаться с обслуживающим завод диспансером или амбулаторией, чтобы они ежедневно давали знать на пункт о всех освобождаемых по болезни с указанием диагноза болезни.

Этого легко достигнуть в условиях небольшого города, когда 1—2—3 диспансера обслуживают весь жилой район). Гораздо труднее это в условиях большого города с десятками диспансеров или амбулаторий. Но и в этом случае можно выделить наиболее важные для государства заводы и по ним наладить это извещение.

Это важно не только здравпункту для своевременного учета заболеваний на заводе, но и самому заводу для учета предстоящих невыхо-

дов на работу, т. е. прогулов станков. Поэтому здравпункт должен, срочно получая эти сведения, срочно же передавать их заводу.

Все собираемые материалы по заболеваемости позволяют выделить часто и длительно болеющих. При занесении всех заболеваний в индивидуальные карты, последние просматриваются и т. о. вылавливаются часто и длительно болеющие. На индивидуальные карты их ставится условный рейтинг или их фамилии с указанием цеха, рабочего номера, заболеваемости, обращаемости и мер профилактич. помощи.

Эта группа лиц направляется в числе первых на диспансеризацию и за всей заболеваемостью их ведутся особые наблюдения.

Полезно вычислить какой % дней нетрудоспособности по цеху падает именно на часто и длительно болеющих, т. к. наличие последних может давать очень большое число дней нетрудоспособности и обуславливать неблагоприятные цеха, т. о. в отношении цехов (а наиболее ответственных работах и в отношении бригад) ведется учет числа таких лиц и числа дней потери трудоспособности ими. Совершенно понятно, что следует вести особый учет социально опасных больных (туберкулезные бацилловыделители, сифилитики и пр.) Здесь же следует высказать пожелание, чтобы все амбулатории и диспансеры пересылали срочно на здравпункты сигнализационные карточки на заболевания, требующие или особо срочных мероприятий с точки зрения защиты окружающих (туберкулезные бацилловыделители, сифилитики и проч.), или самого пристального внимания врача здравпункта с точки зрения опасности работы для самого больного, особенно неотложного наблюдения за ним (напр. эпилепсии, лабиринтопатии, пороки сердца и пр.). Ведется учет лиц, отягощенных патологической пораженностью, выявленной и в порядке диспансерного обследования по определенным показаниям или при случайных обращениях в диспансер или амбулаторию.

Так как данные углубленного обследования отдельных групп рабочих крайне медленно поступали на здравпункт и т. о. полные сведения о всех рабочих врач мог иметь спустя 1—2 года, что совершенно не согласуется с темпами сегодняшнего дня, нужно считать полезным, чтобы все врачи диспансеров и амбулаторий немедленно сигнализировали на здравпункт о всех заболеваниях, могущих снизить выработку рабочего.

Выполнение промфинплана в % по цехам можно получить непосредственно на заводе. Недовыработка систематическая отдельных лиц и групп (бригад) должна также интересовать врача. Методом учета этих лиц может быть опрос в цеху заведующего и мастеров, бригадиров, причем обращается особое внимание на недовырабатывающие бригады (из них вылавливаются особо отстающие). Проверяются эти данные и по заработной плате.

В отношении брака также следует иметь не только % брака по цехам или бригадам, но и лиц, дающих большой брак.

Самый учет лиц, дающих большой брак нам мыслится т. о., что, во-первых, в цехах у заведующих и мастеров или в контрольных отделениях узнаются персонально лица, дающие частый брак, во-вторых, вылавливаются они и в бригадах, дающих в целом больше среднего брак.

Во всем этом учете центрируется особое внимание на наиболее ответственных, важных, ценных видах работы, т. е., если по данным завода решающим в деле выполнения плана реконструкции или выполнения

промфинплана является, положим, монтажный цех, то внимание врача должно быть особо центрировано на недовырабатывающих в этом цеху. При анализе причин недовыработки и брака обращается внимание на степень вовлечения в ударничество и соревнование дающих эти показатели, неправильную организацию труда, квалификацию рабочих, состояние станков, качество материалов и инструментария, потери рабочих дней, простои, соответствие данной профессии, заболеваемость¹⁾ и т. п.

Прогулы по неуважительным причинам учитываются обычно заводом по цехам как в абсолютных цифрах, так и в ‰‰ отношениях к подлежащим отработке человеко-дням или человеко-часам. Представляет интерес их место в общей потере человеко-дней (или человеко-часов), т. е. ‰ их в отношении всех потерянных человеко-дней или часов (по болезням, с разрешения администрации, по общественным обязанностям и т. п.).

Следует проследить связь прогулов с праздниками, с условиями труда, профессией, стажем, бытовыми факторами. Здравпункт должен не только иметь эти данные, но и список прогульщиков.

Санитарное состояние завода учитывается по санитарным журналам промышленных предприятий, где отмечаются все наиболее важные моменты из сан-гигиенического состояния предприятий, данные систематических посещений цехов, подводятся итоги этих наблюдений периодически, отмечается план оздоровления завода и его осуществление (уделяя должное внимание санминимуму), обращается особое внимание на сан-состояние наиболее ответственных мест работы.

Сигнализаторами здесь будут—элементы неблагоустройства, профессиональные яды и резко выраженные вредности, невыполнение существующих обязательных постановлений по технике безопасности и промышленной санитарии, прорывы по выполнению санминимума и вообще по плану оздоровления, эффективность всех мероприятий.

Большой интерес представляет эффективность леч-профилактической помощи, поэтому здравпункт должен учитывать все назначения этого порядка (по видам их), заболеваемость рабочих до получения их и после, выработку и брак рабочих до и после (как группового порядка, так и индивидуального), снабжение этими видами помощи ударников.

Путем суммирования индивидуальных данных выявляется групповая, профессиональная, цеховая и общезаводская эффективность леч-профилактической помощи по видам ее. Это дает возможность планировать виды помощи, исходя из эффективности их. Особо следует проследить эту эффективность в отношении часто и длительно болеющих.

Текущая рабочая сила изучается, как в ‰‰ отношении поступающих и убывающих рабочих к среднему числу их, так и в отношении причин этого явления с учетом влияния этого фактора на повышение травматизма и заболеваемости.

Т. о. мы видим, что индивидуальные сигнализаторы строятся одновременно с проработкой групповых сигнализаторов. Когда изучается заболеваемость по цехам, здесь же вылавливаются часто и длительно бо-

¹⁾ Примеры практических мероприятий см. в Каз. мед. жур. № 11-12 1931 г. „О работе здравпунктов на предприятиях“.

леющие и травмирующиеся. При изучении промфинплана обращается внимание на отстающие бригады и отдельных лиц, отстающих и дающих брак.

При изучении прогулов по цехам, учитываются отдельные прогульщики. При построении индивидуальных сигнализаторов приходится учитывать и особенности отдельного рабочего или его работы.

Здесь нужно отнести патологическую пораженность (выявленную в порядке ли диспансерного обследования по показаниям или путем извещений здравпункта диспансером или при посещении рабочим здравпункта).

Здесь же нужно отнести учет рабочих с неполной пригодностью к выполняемой ими работе, что выясняется путем анализа различных элементов индивидуальной сигнализации—заболеваний, выработки, брака и пр. специального обследования на этот предмет рабочего, вызвавшего подозрение по поводу его пригодности к данной работе.

Учитываются отдельные лица, подвергающиеся свойственным лишь им персонально особым вредностям труда (напр. работа у дверей без тамбура, работа одного травильщика без всякой вентиляции и т. п.). И, наконец, учитывается индивидуальная эффективность леч.-профил. мероприятий. Если у здравпункта имеются сведения о тяжелых бытовых условиях у отдельных лиц, это также учитывается. Наконец, важно учесть и отзывы администрации и общественных организаций в отношении некоторых лиц, дающих сигналы неблагополучия, ценность их для завода.

Каждый из сигналов, как группового, так и индивидуального порядка, требует анализа путем сопоставления элементов сигнализации друг с другом, т. е. выработку (как группового, так и индивидуального порядка) сопоставляют с ударничеством, с заболеваемостью, с прогулами, с наличием часто и длительно болеющих, сан. состоянием цеха, мерами леч.-профилактич. помощи. и т. д.

Обратно, у часто болеющих и отягощенных патологической пораженностью, выясняется выработка (степень отставания), прогулы по неуважительным причинам, травматизм, брак, особенности индивидуальной работы и т. п.

У прогульщиков просматривается заболеваемость, выработка, брак, условия быта и т. д.

Исходя из всех полученных данных т. о. планируются практические мероприятия.

В индивидуальные карты рабочих заносятся все данные индивидуальных сигналов.

Все перечисленные сигналы следует иметь для полной развернутой работы здравпункта.

В каждом конкретном случае, исходя из местных возможностей, придется суживать круг охватываемых сигналов.

Во всяком случае вопросы промфинплана, заболеваемости, наличия часто и длительно болеющих и часто травмируемых и сан. состояния цехов есть крайний минимум, уже не подлежащий дальнейшему сокращению.